

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie



Lucie Šírová

Připravenost pacientů po akutním koronárním syndromu ke změně životních návyků

The readiness of patients after acute coronary syndrome for a change in living habits

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22.4.2016

Podpis

Lucie Šírová

Identifikační záznam:

ŠÍROVÁ, Lucie. *Připravenost pacientů po akutním koronárním syndromu ke změně životních návyků. [The readiness of patients after acute coronary syndrome for a change in living habits]*. Praha, 2016. 88 stran, 3 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika. Vedoucí práce MUDr. Tuka Vladimír, Ph.D.

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala panu MUDr. Vladimíru Tukovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnoval při zpracování této bakalářské práce.

Abstrakt

Akutní koronární syndrom jako projev ischemické choroby srdeční je jednou z nejčastějších příčin mortality. Cílem této bakalářské práce je zjistit znalosti pacientů po akutním koronárním syndromu o vhodných změnách životního stylu a zjistit zejména jejich motivaci k realizaci těchto změn.

Ve výzkumu byli porovnání respondenti po akutním koronárním syndromu do 1 roku a respondenti po akutním koronárním syndromu před více než 1 rokem. K sběru dat bylo využito kvantitativní metody výzkumu formou anonymního dotazníku. Celkem se výzkumu zúčastnilo 31 respondentů.

Ve výsledku se ukázalo, že respondenti po akutním koronárním syndromu do 1 roku mají horší znalosti o vhodných změnách životního stylu, ale za to větší motivaci k realizaci těchto změn než respondenti po akutním koronárním syndromu před více než 1 rokem.

Dle výsledků je zřejmé, že je potřeba se věnovat jak edukaci o vhodných změnách, tak i motivaci současně. Jelikož oba tyto aspekty jsou k realizaci změn životního stylu velmi důležité, je žádoucí, aby respondenti byli motivováni a zároveň i správně edukováni.

Klíčová slova: ateroskleróza, akutní koronární syndromy, rizikové faktory, prevence, stravovací návyky, compliance, motivace

Abstract

Acute coronary syndrome as a manifestation of ischemic heart disease is one of the most frequent causes of mortality. The aim of this bachelor thesis is to determine the knowledge of patients after experiencing acute coronary syndrome regarding proper lifestyle changes, and especially to establish their motivation to implement these changes.

The research compared respondents who experienced acute coronary syndrome during the previous year and also those who suffered from the syndrome more than a year before the research. A quantitative method of research in the form of anonymous questionnaires was used to collect the data. There were 31 respondents who participated in the survey.

The outcome showed that respondents who experienced acute coronary syndrome during the previous year knew less about proper lifestyle changes, yet they had greater motivation to implement these changes than the respondents who suffered from the syndrome more than a year before the research.

The results reveal that it is necessary to engage in education regarding proper changes as well as in motivation at the same time. Since both these aspects are very important for the implementation of lifestyle changes, it is desirable for the respondents to be both motivated and properly educated.

Keywords: atherosclerosis, acute coronary syndromes, risk factors, prevention, eating habits, compliance, motivation

Obsah

Obsah	7
1. Úvod.....	9
Teoretická část	10
2. Ateroskleróza	10
2.1. Patologie aterosklerotické léze.....	10
2.1.1. Lipoidní proužky.....	10
2.1.2. Fibrózní pláty	11
2.1.3. Komplikované léze.....	11
2.1.4. Klasifikace dle American Heart Association.....	11
2.1.5. Stabilní a nestabilní aterosklerotický plát.....	12
2.1.6. Endoteliální dysfunkce.....	13
3. Rizikové faktory aterosklerózy	14
3.1. Neovlivnitelné rizikové faktory	14
3.1.1. Věk.....	14
3.1.2. Pohlaví.....	14
3.1.3. Genetické faktory, rodinná anamnéze	14
3.2. Ovlivnitelné rizikové faktory	15
3.2.1. Dyslipidémie.....	15
3.2.2. Arteriální hypertenze	16
3.2.3. Diabetes mellitus	16
3.2.4. Obezita.....	16
3.2.5. Trombogenní rizikové faktory.....	17
3.2.6. Psychosociální faktory.....	17
3.3. Ovlivnitelné rizikové faktory životního stylu	17
3.3.1. Kouření.....	18
3.3.2. Nízká fyzická aktivita.....	18
3.3.3. Stravovací návyky.....	18
3.3.4. Alkohol.....	19
3.4. Nové rizikové faktory	19
4. Ischemická choroba srdeční.....	20
4.1. Dělení ischemické choroby srdeční	20
5. Chronické formy ischemické choroby srdeční	21
5.1. Stabilní angina pectoris	21
5.1.2. Léčba stabilní anginy pectoris.....	21
6. Akutní koronární syndromy.....	22
6.1. Klinický obraz akutních koronárních syndromů.....	22

6.2. Akutní infarkt myokardu.....	22
6.2.1. Diagnostika infarktu myokardu.....	23
6.2.2. Léčba akutního infarktu myokardu.....	24
6.3. Nestabilní angina pectoris	25
6.3.1. Diagnostika nestabilní anginy pectoris	25
6.3.2. Léčba nestabilní anginy pectoris.....	26
7. Primární a sekundární prevence aterosklerózy	27
7.1. Hodnocení kardiovaskulárního rizika podle tabulek SCORE.....	27
7.2. Pohybová aktivita v prevenci srdečních chorob.....	28
7.2.1. Rehabilitace pacientů po infarktu myokardu	29
7.3. Správné stravovací návyky v prevenci srdečních chorob	30
7.3.1. Středomořská dieta.....	32
7.3.2. Dieta podle doporučení American Heart Association.....	32
7.3.3 Dieta DASH.....	33
8. Farmakoterapie	34
8.1. Farmakoterapie dyslipidémie	34
8.2. Farmakoterapie hypertenze	34
8.3. Farmakoterapie diabetu mellitu 2.typu	35
8.4. Compliance pacientů s farmakoterapií.....	35
9.Compliance pacientů s režimovým opatřením.....	36
9.1. Motivace pacientů ke změně životního stylu	36
Praktická část	38
Vyhodnocení hypotéz	73
Diskuze	74
Závěr	80
Seznam literatury	81
Seznam zkratk	84
Seznam obrázků.....	85
Seznam tabulek	86
Seznam grafů	87
Seznam příloh	89

1. Úvod

V ekonomicky rozvinutých zemích i v České republice zůstávají kardiovaskulární onemocnění (KVO) hlavní příčinou morbidity a mortality i přesto, že v posledních letech začala úmrtnost klesat. (Štejska 2007; Špítnar 2003)

Akutní koronární syndromy se řadí mezi nejzávažnější formu KVO, jejichž nejčastějším patofyziologickým podkladem jsou koronární aterosklerotické změny s následnou rupturou aterosklerotického plátu. (Kolář 2009)

Na vzniku aterosklerotických změn se podílí mnoho rizikových faktorů, které mohou být ovlivnitelné i neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří především nezdravý životní styl, který představuje nedostatek pohybové aktivity, nezdravé nutriční zvyklosti, stres, kouření a jiné. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk, pohlaví, genetické faktory a rodinná anamnéza. (Čejška 2012)

Nejúčinnější způsob ovlivnění KVO je prevence, jejíž nedílnou součástí je změna životního stylu zahrnující především dostatek pohybové aktivity, správné nutriční zvyklosti, přestat kouřit či vyvarovat se stresu. Tyto změny je však velmi často obtížné změnit. Ateroskleróza sama o sobě nebolí a nemocní v časných fázích nemají žádné obtíže, proto je tato nemoc obvykle pacienty podceňována. (Vojáček 2009)

K realizaci změn životního stylu hraje jistě důležitou úlohu motivace a ochota pacienta spolupracovat. Hlavními přístupy ke zlepšení compliance nemocných s režimovým opatřením je opakovaná edukace, psychologická podpora a samozřejmě motivace. Potřebná doba edukace a pochopení výhod změn životního stylu z hlediska KVO je u každého nemocného individuální. (Štejska 2007)

Teoretická část

2. Ateroskleróza

Ateroskleróza je chronické progresivní onemocnění postihující cévní systém. Je charakteristické patologickými změnami v intimě a medii tepen, kde se lokalizovaně hromadí lipidy, sacharidy, makrofágy, fibrocyty a vápník. Tyto změny vedou ke tvorbě aterosklerotických plátů, které zužují lumen tepen. Jde o dlouhodobý proces začínající již v dětství, který je podkladem velké části kardiovaskulární morbidity a mortality. (Vojáček 2009; Kolář 2009; Štejf 2007)

I když je rozvoj aterosklerotických lézí podmíněn nezdravým životním stylem, pozorovaným v civilizovaném světě, není ateroskleróza typickým onemocněním jen dnešní doby, nýbrž aterosklerotické změny byly zdokumentovány již u egyptských mumií v 15. století před Kristem. Termín arterioskleróza jako první aplikoval profesor patologické anatomie ve Štrasburku Lobstein v roce 1820 a onemocnění popsal jako rigidní arterie charakterizované ztlustěním a ztvrdnutím stěny. Pojem ateroskleróza poprvé použil v roce 1904 Francouz Marchand, který rozpoznal, že jde o jiný proces než ztvrdnutí cévní stěny. (Češka 2012; Vojáček 2009)

2.1. Patologie aterosklerotické léze

Ateroskleróza je sice považována za systémové onemocnění, nicméně lze pozorovat jistá predilekční místa. Jsou to místa hlavně ve velkých a středně velkých arteriích, tam kde dochází k turbulentnímu toku krve, tj. bifurkace, větvení, oblouky, nebo tam kde dochází ke zpomalení toku krve, tj. tam, kde je nízké smykové napětí u stěny cévní. Nejčastěji jsou postižené koronární arterie (z 58% ramus interventricularis anterior), hrudní aorta, arteria poplitea, arteria femoralis, bifurkace karotické arterie a tepny Willisova okruhu. Jsou-li postižené všechny cévy v těle, hovoříme o ateroskleróze univerzální.

Vývoj aterosklerózy je celoživotní dlouhodobý proces, který můžeme rozdělovat do několika fází. Z patologicko-anatomického hlediska rozlišujeme tři základní fáze:

1. Lipoidní proužky
2. Fibrózní a ateromové pláty
3. Komplikované léze

Toto rozdělení je v dnešní době často nahrazováno podrobnější klasifikací American Heart Association do 6 typů. Typy I-III jsou označovány jako prekurzorové léze, typy IV-VI jsou potom lézemi vyvinutými. (Češka 2011; Bártová 2004)

2.1.1. Lipoidní proužky

Lipoidní proužky neboli časné léze jsou makroskopicky žlutavá ložiska v intimě, které se nachází nejčastěji ve velkých cévách. Nezužují lumen arterie, proto nijak významně neovlivňují průtok krve cévou. Vyskytují se pravděpodobně u všech lidí, běžně

v dětském věku a někdy již u novorozenců. Mikroskopicky základním buněčným elementem v lipoidních proužcích jsou pěnové buňky, dále obsahují ještě T-lymfocyty. Pěnové buňky vznikají dvojím způsobem. Buď z makrofágů, které jsou chemicky atrahovány do cévní stěny, kde se ukládají lipidy, a dále se mění právě v pěnové buňky. Nebo pěnové buňky vznikají z buněk hladkého svalstva, které transportují z medie do intimy, kde dochází ke hromadění lipidů. Lipoidní proužky mají různý vývoj, během života se mohou dále vyvinout ve fibrózní pláty nebo úplně vymizet. (Češka 2012; Svačina 2010)

2.1.2. Fibrózní pláty

Fibrózní pláty (ateromy) jsou větší, většinou ostře ohraničená ložiska ve stěně cév. Konzistence plátu je tužší, někdy až chrupavčitá. Makroskopicky je jejich barva bledě šedá, někdy žlutá, závisí na obsahu tuků. Prominují do lumina arterií, proto jsou příčinou částečné nebo úplné obstrukce průsvitu cévy. Mikroskopicky se ve fibrózních plátech vyskytuje zejména velké množství proliferujících buněk hladkých svalů a makrofágů v různém stupni přeměny v pěnové buňky, dále se v nich objevují také lymfocyty. Ateromy jsou obaleny hmotou tvořenou z kolagenní matrix a volnými depozity tuků. Hlubší vrstvy fibrózního plátu pokročilejšího stádia mohou podléhat nekróze, která může dále kalcifikovat. (Češka 2012)

2.1.3. Komplikované léze

Komplikované léze vznikají z fibrózních plátů silnou kalcifikací a zejména pak těžkými degenerativními změnami jako je ulcerace či ruptura, které se poté stávají místem adherence trombocytů, agregace, trombózy a současné organizace trombu. Trombóza je následně příčinou náhlého cévního uzávěru. (Češka 2012)

2.1.4. Klasifikace dle American Heart Association

Léze typu I: Jsou označovány jako iniciální léze, neviditelné prostým okem. Pouze mikroskopicky a chemicky jsou detekovatelná aterogenní lipoproteinové substance, které se vyznačují zvýšeným počtem makrofágů a tvorbou pěnových buněk. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Léze typu II: Do tohoto typu lézí se řadí tukové proužky. Vyznačují se hromaděním lipoproteinů v intimě, makrofázích a v buňkách hladké svaloviny. Léze se dále dělí na dvě podtřídy IIa, které mají tendenci k progresi a IIb, odolné vůči progresi. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Léze typu III: Tyto léze bývají označovány jako předstupeň vyvinutých lézí, rovněž intermediární léze. Na rozdíl od typu II zde je přítomno více lipoproteinů, volného cholesterolu, mastných kyselin, sfingomyelinu, lysofosfatidycholinu a triacylglycerolů, které mohou deformovat intimu a v nejvyšších stádiích i medii a adventicii. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Léze typu IV: V těchto lézích je charakteristické vytváření lipidového jádra, vzniklé pravděpodobně z rozpadu pěnových buněk, které patologicky zesiluje stěnu tepny. Jádro obsahuje krystaly cholesterolu a depozity kalcia, je kryto fibrózní čepičkou, která separuje jádro od lumen cévy. Mezi lipidovým jádrem a povrchem endotelu se nacházejí makrofágy, pěnové buňky, ojedinělé buňky hladké svaloviny (s tukovými kapénkami i bez nich) a jen minimum kolagenu. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Léze typu V: Od léze typu IV se liší především dominujícím obsahem pojivové tkáně. Rozlišujeme tři podtřídy tohoto typu. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Typ Va : Obdobné lezím typu IV. Navíc je přítomno větší množství kolagenu a buněk hladké svaloviny. Obsahují rovněž nově vytvořenou fibrózní pojivovou tkáň. Stále obsahují lipidové jádra a často jich lze detekovat více, mohou být seskupena v jednotlivých vrstvách nad sebou. Tyto léze bývají často náchylné k ruptuře a označují se rovněž termínem vulnerabilní plát. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Typ Vb : Léze tohoto typu jsou kalcifikované. Obsahují velké množství vápníku a fibrózní pojivové tkáně. Vápník nahrazuje pozůstatky poškozených buněk a lipidových jader. (Řezníček 2003; Češka 2012)

Typ Vc: Tento typ léze se dále dělí ještě na dva. První typ nemá lipidové jádro a obsah tuku je minimální (příčinou významného zužování arterií). Druhý typ je nazývaný gelatinózní léze. Ta je hnědá, měkká a obsahuje velké množství edematózní tekutiny a fibrinogenu. (Češka 2012)

Léze typu VI: Jde o komplikace charakteristické rupturou plátu s hematodem a přítomností trombů. Dále se dělí na tři podtřídy.

Typ VIa: Typická je přítomnost trhlin fibrózní čepičky plátu s vymytím lipidového jádra. Výsledkem je ruptura plátu.

Typ VIb: V těchto lézích je uvnitř plátu přítomen hematom nebo hemoragie.

Typ VIc: Typickým nálezem je přítomnost trombu způsobující kompletní nebo částečnou obstrukci lumen tepny. (Řezníček 2003; Češka 2012)

2.1.5. Stabilní a nestabilní aterosklerotický plát

O stabilitě nerozhoduje velikost aterosklerotických plátů, ale složení a charakter. Klinické studie udávají, že většinou jde o rupturu excentrických plátů, které zužují koronární cévy o méně než 50 %. Aterosklerotické pláty proto dělíme na stabilní a nestabilní. (Špaček 2003; Češka 2012)

Stabilní plát má nízký obsah tuků, větší množství hladkých svalových buněk, velké množství kolagenu ve fibrózní čepičce plátu, malé lipidové jádro a malé množství zánětlivých buněk. Charakteristická je silnější a neporušená fibrózní čepička (kryt),

tvořená kolagenními vlákny, elastickými vlákny a hladkou svalovinou s tužším povrchem. Stabilní pláty bývají starší, po řadu let stálé, nemají tendenci k ruptuře.

Nestabilní plát je měkký a bohatý na lipidy. Obsahuje větší množství zánětlivých buněk. Fibrózní čepička je tenká s menším množstvím kolagenu a hladkých svalových buněk. Má velké lipidové jádro, složené převážně z esterů cholesterolu, pěnových buněk a T-lymfocytů. Nestabilní pláty neboli vulnerabilní jsou příčinou většiny akutních koronárních syndromů. (Češka 2012; Špinar 2003)

2.1.6. Endoteliální dysfunkce

Klíčovou roli v rozvoji aterosklerózy hraje vnitřní výstelka cév – endotel. Endotel je jednovrstevnou výstelkou všech krevních cév. Jeho hmotnost u dospělého člověka je 1,5-3kg. Základní funkce endoteliálních buněk je regulace permeability, udržení nesmáčivého a antitrombogenního povrchu, včetně kontroly hemostázy, syntéza extracelulární matrix intimy, regulace cévního tonu a regulace remodelačních a reparačních procesů. Endoteliální buňky jsou metabolicky aktivní, produkují celou řadu působků. (Špinar 2003; Češka 2012)

Podle některých autorů je endoteliální dysfunkce považována za prvním a velmi významným stádiem aterosklerózy. Jde většinou o lokalizované poškození endotelu, kdy není porušena jeho integrita, ale jsou poškozeny jeho funkce. Endoteliální buňky mají pak zvýšený obrát a zvýšenou permeabilitu pro některé molekuly. Dále při poškození endotelu dochází k zánětlivé reakci. (Špinar 2003)

K postižení endotelu může dojít v důsledku působení celé řady faktorů. Typicky je uváděno mechanické poškození vířivým proudem krve na odstupu tepen, zvláště u arteriální hypertenze. Dalšími faktory mohou být vlivy chemické, imunitní, degenerativní, imunologické, metabolické, infekční a další. (Češka 2012)

3. Rizikové faktory aterosklerózy

Rizikový faktor lze definovat jako specifický klinický nebo laboratorní znak (biochemický, hematologický, EKG, psychologický atd.), vyskytující se u jedinců bez manifestních příznaků onemocnění, jehož přítomnost je spojena se statisticky významně vyšším relativním rizikem, že onemocnění v budoucnu vznikne. (Žák 2011)

Rizikové faktory můžeme dělit z různých hledisek, nejčastější a klinicky nejpraktičtější u KVO je dělení na ovlivnitelné a neovlivnitelné. (Fait 2008)

3.1. Neovlivnitelné rizikové faktory

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory aterosklerózy patří věk, pohlaví, genetické faktory a rodinná anamnéza. Někteří autoři řadí do této skupiny i faktory rasové, vycházející především ze studií v USA. Otázky rasy a rozvoje aterosklerózy však nejsou ještě jasné vyřešeny. Některé údaje uvádějí, že černoši mají vyšší riziko rozvoje ICHS než běloši. (Fait 2008; Češka 2012)

3.1.1. Věk

Ateroskleróza je dlouhodobý proces, a proto je zřejmé, že s věkem pravděpodobnost výskytu onemocnění vzrůstá. Výskyt ICHS je u starších osob o mnoho vyšší než u mladých. Za rizikový věk je považován z hlediska ICHS u mužů 45 let a výše a u žen 55 let a výše. U žen se věková hranice pro riziko aterosklerózy snižuje, pokud je již žena po arteficiální menopauze (např. oophorectomie) a neužívá substituční dávku estrogenů. (Fait 2008; Riečanský 2009)

3.1.2. Pohlaví

Muži mají výrazně vyšší riziko rozvoje aterosklerózy než ženy do menopauzy, což je prokázáno a akceptováno celosvětově. Riziko u žen, které po menopauze nemají substituční léčbu, se výrazně zvyšuje. Rozdílný vztah obou pohlaví k ateroskleróze se vysvětluje ochranným účinkem ženských pohlavních hormonů (např. estrogeny zvyšují hladinu HDL-cholesterolu). (Češka 2012; Riečanský 2009)

3.1.3. Genetické faktory, rodinná anamnéze

Mnoho dispozic si neseme od svých příbuzných. Genetické testování je drahé a stále ještě zatížené významnou měrou nejistoty, jak naložit s výsledkem genové analýzy. Jednoduchou a vždy dostupnou metodou, která nás o zatížení pacienta informuje je rodinná anamnéza. Ta zároveň odráží děděné rysy a naučené chování akceptované v celé rodině (např. stravovací návyky). Za pozitivní rodinnou predispozici z hlediska předčasné aterosklerózy se považuje výskyt infarktu myokardu nebo náhlé smrti u otce nebo mužského příbuzného prvního stupně ve věku nižším než 55 let. U matky a příbuzných ženského pohlaví prvního stupně je věková hranice 65 let. (Fait 2008)

Genetické testování má význam u monogenně podmíněných onemocnění, např. u pacientů s podezřením na familiární hypercholesterolémii, kde vhodnou intervencí lze předejít komplikacím aterosklerózy nejen u pacienta, ale i u jeho příbuzných.

Familiární hypercholesterolémie (FH) patří s manifestací 1:250–1:500 k nejčastějším vrozeným metabolickým poruchám. Jde o monogenní onemocnění, kdy porucha jednoho genu zásadně určuje výslednou podobu nemoci. FH se vyskytuje zpravidla již od narození a riziko předčasného výskytu aterosklerózy je velmi vysoké. U FH je nezbytná farmakologická léčba, jelikož má nemocný geneticky způsobenou tendenci hromadění cholesterolu. Základem léčby FH je nejvyšší tolerovaná dávka statinu. Často je také využívána léčba kombinací. Dále jako u běžně zvýšeného cholesterolu v krvi je nutná úprava stravy, dostatek pohybové aktivity a samozřejmě nekouřit. Ohledně stravy je doporučována standardní nízkocholesterolová dieta s omezením živočišných tuků nebo dieta středomořská. (Češka 2015)

3.2. Ovlivnitelné rizikové faktory

Mezi klasické ovlivnitelné faktory patří zejména zvýšená koncentrace LDL-cholesterolu, triacylglycerolů, pokles koncentrace HDL-cholesterolu, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, obezita, metabolický syndrom a trombogenní rizikové faktory. Jako nejvýznamnější rizikové faktory ICHS jsou často označovány lipidové rizikové faktory. Nicméně se ukazuje, že hlavními rizikovými faktory je kouření a nedostatek pohybové aktivity. (Žák 2011; Češka 2012)

3.2.1. Dyslipidémie

V současné době považujeme za rizikové zvýšení celkového LDL-cholesterolu, snížení HDL-cholesterolu, hypertriacylglycerolemii a změnu velikosti LDL částic (malé denzní LDL-III částice mají velký aterogenní potenciál). Různé lipidy představují různé riziko pro rozvoj aterosklerózy dle lokalizace. Vyšší riziko ICHS je spojeno se zvýšením sérové koncentrace apolipoproteinu B a snížením hladiny apolipoproteinu A-I. (Češka 2012; Fait 2008)

Stanovení normy pro cholesterol a další lipidové parametry není zcela jednoduché. Vychází se vždy z celkového kardiovaskulárního rizika. Dle Evropských doporučení pro aterosklerózu považujeme jako cílové hladiny: triglyceridy ≤ 5 mmol/l a LDL-cholesterol pod 3 mmol/l. U nemocných s vysokým KV rizikem LDL-cholesterol $< 2,5$ mmol/l a u nemocných s velmi vysokým KV rizikem $< 1,8$ mmol/l. Zdá se, že u pacientů s manifestním onemocněním platí, „čím níže, tím lépe“. Ideální cílová hodnota se někdy udává LDL-cholesterol novorozence, což jsou hodnoty, které většina pacientů i na maximálních dávkách hypolipidemik nedosahuje. (Češka 2012; Žák 2011)

3.2.2. Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze je považována za jeden ze tří nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. U mužů středního věku s krevním tlakem nad 160/90 mm Hg je riziko aterosklerotických komplikací 5x vyšší než u normotenzních osob. Vysoký systolický krevní tlak je významnější rizikový faktor než vyšší diastolický tlak. Cílem léčby je snížit hodnoty krevního tlaku na < 140/90 mm Hg a u diabetiků < 130/85 mm Hg. Vztah účinné léčby arteriální hypertenze a snížení výskytu ICHS je udáván ve studiích s moderními antihypertenzivy z posledních let. (Svačina 2010; Češka 2012; Špinar 2003)

3.2.3. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je dle Světové zdravotnické organizace (SZO) definován jako závažné metabolické onemocnění, projevující se hyperglykemií a poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin jako následek porušeného účinku inzulínu, nebo obojího. V populaci jsou nejčastěji zastoupeny dva typy, a to diabetes mellitus 1. typu a diabetes mellitus 2. typu. (Štejska 2007)

Pro přesné stanovení diagnózy diabetu se používá orální glukózový toleranční test (oGTT). Při oGTT se glykémie z krve měří nejdříve po 8-14 hodinách lačnění, poté je pacientovi podáno 75 g glukózy ve 250ml-300ml vody. Po 120 minutách se měří glykémie znovu. Pro diabetes svědčí hodnoty glykémie na lačno $\geq 7,0$ mmol/l nebo po 120 minutách $\geq 11,1$ mmol/l. Ke stanovení diagnózy diabetu je možno použít i náhodně zjištěnou glykémii $\geq 11,1$ mmol/l, kterou je vhodné ještě verifikovat. V poslední době se ve světě prosazuje i stanovení diagnózy diabetu na základě zvýšení glykovaného hemoglobinu (Vojáček 2009; Friedecký 2012)

Diabetes mellitus je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů u vzniku endoteliální dysfunkce a aterosklerózy. Riziko ICHS je u nemocných s diabetem 2-4x vyšší než u nediabetické populace (u mužů 2x, u žen 4x vyšší). Osmdesát % diabetiků umírá na komplikace aterosklerózy. Zda hrají klíčovou úlohu současně se vyskytující poruchy tukového metabolismu, obezita, někdy vysoký krevní tlak (v rámci metabolického syndromu) nebo hyperinzulinémie a glykace proteinů, lze v současné době jen těžko odlišit. (Špinar 2003; Češka 2012; Vojáček 2009)

3.2.4. Obezita

Obezita patří k nejčastějším chronickým onemocněním v České republice, v Evropě i Severní Americe. Po dlouhá staletí však nebyla považována za nemoc, ale pouze za kosmetický nedostatek. Nový pohled na obezitu jako onemocnění, je starý pouze několik desítek let. (Svačina 2008)

Obezita je nemoc charakterizována nadměrným množstvím tuku v organismu. Hodnotí se buď procento tuku nebo hmotnost ve vztahu k výšce (BMI). Normální podíl

tuku v organismu u žen se považuje do 30% a u mužů do 20%. Hodnota BMI je považována za normální od 18,5 kg/m² až po 25 kg/m². Hodnoty BMI však neplatí pro děti. Nárůst obezity většinou vzniká nesprávnými stravovacími návyky, kdy příjem energie převyšuje potřebu. (Svačina 2008)

Jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění považujeme hodnoty BMI nad 25 kg/m² a podíl tuku v organismu u žen nad 30% a u mužů nad 20%. Větší riziko představuje obezita androidního typu s distribucí tuku převážně v oblasti břicha, proto je důležité sledovat také obvod pasu. Alarmující hodnoty pasu jsou u žen nad 88 cm a u mužů nad 102 cm. (Češka 2012; Svačina 2010)

Obezita je často vyvolávajícím faktorem pro výskyt mnoho dalších rizikových faktorů (arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus 2. typu). Také je ovšem považována jako samostatný nezávislý rizikový faktor ICHS. (Svačina 2010; Češka 2012)

3.2.5. Trombogenní rizikové faktory

Vysoké hladiny fibrinogenu v séru jsou samostatným nezávislým rizikovým faktorem ICHS. V současné době se studuje kdy, a zda má význam stanovovat fibrinogen v rámci preventivní kardiologie. Dalším trombogenním rizikovým faktorem je lipoprotein (a). (Češka 2012)

3.2.6. Psychosociální faktory

Psychosociální faktory jako negativní emoce a deprese pravděpodobně zasahují jak do aterogeneze tak i do trombogeneze. Je známo, že příčinou těchto negativních emocí je poškození v oblasti neurotransmiterů jako je serotonin, dopamin a acetylcholin. V důsledku jejich vzájemného působení se zvyšuje hladina cirkulujících katecholaminů a chronický stres je pak spojen s vyšší kortizolémií. (Štejfá 2007)

K rozvoji depresí zřejmě také přispívají zvýšené hladiny inzulinu v krvi, způsobené inzulinovou rezistencí, která má velmi úzký vztah s centrální serotoninergickou aktivitou v níž je zvýšeno vychytávání serotoninu z presynaptických neuronů. Serotonin navíc v hypotalamických jádrech usměrňuje pocity hladu a vyvolává nutkání zvyšovat příjem potravy, což vede často k obezitě. (Štejfá 2007)

Poškození regulace neurotransmiterů v hypotalamu způsobuje vzestup katecholaminů v krvi s následnou endoteliální dysfunkcí. Dále jsou depresivní stavy provázeny zvýšenou hladinou kortizolu v krvi. (Štejfá 2007)

Pacienti trpící s depresemi i lehkými mají nižší compliance jak s režimovými opatřeními, tak s užíváním kardioprotektivní farmakoterapie.

3.3. Ovlivnitelné rizikové faktory životního stylu

Mezi tyto faktory patří zejména kouření, fyzická aktivita, stravovací návyky a alkohol.

3.3.1. Kouření

Kouření je jedním z nejvýznamnějších a nejrozšířenějších rizikových faktorů, kterým si současná společnost ohrožuje zdraví. Výrazně zvyšuje výskyt ICHS i úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Zapříčiňuje přibližně 20-30% kardiovaskulárních a 20-30% onkologických úmrtí. Kouření má mnoho patofyziologických dopadů jako např. endoteliální dysfunkce, rozvoj dyslipidemie, hemodynamický stres, zvýšení koagulační pohotovosti, vyšší arytmogenní pohotovost či relativní hypoxie. Kompenzačně k relativní hypoxii se vyvíjí polycytemie, která zvyšuje viskozitu krve a tím také riziko trombotické příhody. Snižuje se tolerance k fyzické zátěži. U žen užívajících hormonální antikoncepci kouření potencuje riziko infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Přestat kouřit přináší prospěch v každém věku. Po zanechání kouření se riziko další koronární příhody snižuje po relativně krátké době (několik měsíců). (Špinar 2003; Češka 2012; Riečanský 2009)

3.3.2. Nízká fyzická aktivita

Další rizikový faktor je nedostatek pohybové aktivity. Epidemiologické studie již prokázaly, že nedostatek pohybové aktivity má nepříznivý vliv na zdravotní stav. Zvyšuje nemocnost i úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění a řadu dalších chorob. Z hlediska rozvoje KVO je dokonce lepší člověk s nadváhou (obezitou), který je fyzicky zdatný, než člověk štíhlý bez fyzické kondice. (Češka 2012; Štejfá 2007)

Na protektivním efektu se podílí mnoho psychologických, antiaterogenních, antiischemických i antiarytmogenních mechanismů. Pravidelný pohyb omezuje další rizikové faktory. Brání rozvoji obezity, snižuje hladiny cholesterolu a zvyšuje HDL-cholesterol. Příznivý vliv má také na psychiku člověka. (Vojáček 2009; Štejfá 2007)

Tělesnou aktivitu je nutno podporovat v každém věku, od dětství až po starší pacienty. Tak aby pacienti bezpečným způsobem postupně zvyšovali tělesnou aktivitu s cílem dosáhnout minimálního rizika KVO onemocnění. I když je doporučeno 30 minut fyzické aktivity většinu dní v týdnu, mírnější aktivita je také spojena se zlepšením zdraví. (Cifková 2005)

3.3.3. Stravovací návyky

Nesprávné stravovací návyky hrají důležitou roli při vzniku chronických neinfekčních chorob, mezi které patří také ateroskleróza. Největším rizikem ve stravě pro aterosklerózu a kardiovaskulární onemocnění jsou nasycené mastné kyseliny obsažené nejčastěji v tučných živočišného původu. (Vojáček 2009)

V dnešní době je v prevenci proti KVO doporučováno mnoho komerčních diet. Existují diety s nízkým obsahem sacharidů, diety s nízkým obsahem tuků apod., mezi ty mírnější diety patří středomořská dieta, dieta podle American Heart Association nebo dieta DASH. V posledních letech jedna z nejdoporučovanějších a nejcitovanějších diet je právě

dieta středomořská, která ale musí odpovídat charakteru středomořské stravy v 60.-70. letech minulého století, kdy byly dělány stěžující studie. (Walker 2009)

3.3.4. Alkohol

Je uváděno, že alkohol v malých dávkách kolem 20-30 g denně, což odpovídá zhruba 0,5 l piva, 0,2 l vína, nebo 0,05 l destilátu má protektivní vliv na snížení kardiovaskulárního rizika. Mechanismy, jak se protektivní účinek uplatňuje, nejsou plně objasněny. Většina studií se přiklání k závěru, že ochranný účinek je zprostředkován zvýšením hladin HDL- lipoproteinů, které v krvi transportují cholesterol z periferních tkání (a tudíž i z aterosklerotických plátů) do jater. Některé práce prokázaly, že alkohol může dokonce snižovat krevní srážlivost a zabránit vzniku trombů. Dalším možným vysvětlením je, že v epidemiologických studiích byla skupina pacientů – heterogenních abstinentů a krom lidí, kteří se rozhodli nekonzumovat alkohol, tam byli i pacienti, kteří měli jiné onemocnění, které jim konzumaci alkoholu znemožňovalo.

Spotřeba vyššího množství alkoholu, než jsou výše uvedené hodnoty za den, naopak přispívá k prudkému nárůstu kardiovaskulární (i jiné) úmrtnosti – nehledě k možnému návyku. Velký význam je přikládán zvýšení krevního tlaku v souvislosti s pitím alkoholu. Dále je uváděno, že alkohol zvyšuje oxidativní stres, protože enzymatické systémy, které se uplatňují při odbourávání etanolu, vedou k produkci volných kyslíkových radikálů. (Anděl 2006; Štejfa 2007)

3.4. Nové rizikové faktory

Je známou skutečností, že i jedinci, kteří mají z hlediska spektra typických rizikových faktorů „nízké riziko“, mohou být komplikací aterosklerózy také postiženi. Toto zjištění vedlo ke studii dalších rizikových faktorů, jejichž určení napomáhá zvýšit úspěšnost v odhalování rizikových osob. Před více než 20 lety byl podán přehled 246 známých rizikových faktorů. Kolik jich je popsáno do současné doby, si lze jen těžko představit. Celkové riziko manifestace onemocnění se při současném výskytu více rizikových faktorů najednou spíše násobí, než jen sčítá. (Žák 2011; Svačina 2010; Fait 2008)

Mezi nové rizikové faktory patří vyšší sérové koncentrace c-reaktivního proteinu, homocystein, fibrinogen, adiponektin, leptin, myeloperoxidáza, různé hladiny myokinů a další. (Žák 2011)

4. Ischemická choroba srdeční

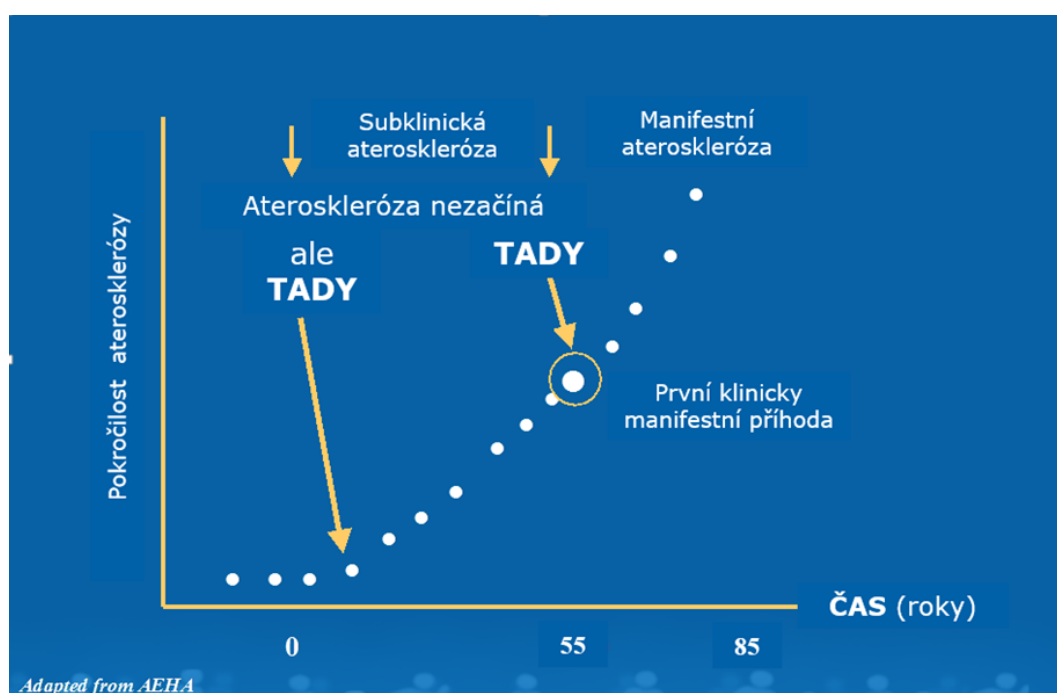
Ischemická choroba srdeční (ICHS) je onemocnění, které vzniká na základě chronického či akutního omezení, případně úplného zastavení přítoku krve a tím i potřebného kyslíku do určité oblasti srdečního svalu, kde dochází k nedokrvení - ischemii myokardu až nekróze - infarktu.

Ve většině případů klinicky manifestní ICHS je příčinou aterosklerotické postižení koronárních tepen, jiné příčiny jsou velmi vzácné (např. spazmy koronárních tepen, výrazná hypertrofie myokardu, Syndrom X, infekční onemocnění, embolie či anomální odstupy věnčitých tepen). (Špinar 2003)

4.1. Dělení ischemické choroby srdeční

Jednotlivé formy ischemické choroby srdeční jsou vyjádřením různých fází ateroskleróz.

Obrázek 1 - Vznik aterosklerózy



Zdroj: <http://int3.lf1.cuni.cz/file/5605/2015-10-06-kardiovaskularni-rehabilitace-uvod.pdf>

Liší se od sebe etiologií, klinickým obrazem, léčbou a prognózou. Z hlediska léčby a prognózy má hlavní význam rozlišovat formu chronickou (stabilní) a formu akutní (nestabilní). Mezi akutní formy ICHS se řadí: akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, náhlá koronární smrt. Mezi chronické se řadí: stabilní angina pectoris, Prinzmetalova angina pectoris, koronární syndrom X, němá ischemie myokardu, ICHS manifestující se arytmií, ICHS manifestující se srdeční nedostatečností. (Kolář 2009; Štejska 2007)

5. Chronické formy ischemické choroby srdeční

Mezi chronické formy ischemické choroby srdeční se tedy řadí onemocnění uvedené výše. Jejich klinický projev je obdobný jako u akutních koronárních syndromů, ale bolest ustává v klidu nebo po podání nitroglycerinu. (Kolář 2009)

5.1. Stabilní angina pectoris

Stabilní angina pectoris se projevuje jako přechodná bolest za hrudní kostí vyvolaná ischémií myokardu, vznikající většinou při fyzické či psychické zátěži, ustávající v klidu. Příčinou vzniku stenokardií je nepoměr mezi potřebou a přísunem kyslíku do myokardu.

Podle Kanadské kardiovaskulární společnosti (CCS) se angina pectoris dělí do čtyř stupňů.

Tabulka 1 - Dělení anginy pectoris

I.	stupeň	stenokardie vzniká jen výjimečnou námahou
II.	stupeň	stenokardie vzniká větší, ale v běžném životě normální námahou
III.	stupeň	stenokardie vzniká při běžné námaze
IV.	stupeň	stenokardie vzniká v klidu nebo při minimální námaze

(Kolář 2009; Sovová 2014)

5.1.2. Léčba stabilní anginy pectoris

Léčba stabilní anginy pectoris závisí na subjektivních i objektivních příznacích nemocného, vyšetřené na elektrokardiografii (EKG), echokardiografii, scintigrafii nebo arteriografii pro průkaz koronární aterosklerózy. Podle výsledku se zvolí další postup v léčbě, buď konzervativní či invazivní. Také se klade důraz na odstranění rizikových faktorů, aby nedošlo k progresi aterosklerotických změn. (Kolář 2009; Špinar 2003)

6. Akutní koronární syndromy

Akutní koronární syndrom (AKS) je pracovní označení pro klinickou situaci náhle vzniklé nebo náhle zhoršené anginózní (ischemické) bolesti, jejíž příčinou může být různě nestabilní angina pectoris nebo rozsáhlý infarkt. Akutní koronární syndrom je tedy termín, vyhrazený pro pacienty potencionálně ohrožené náhlou smrtí; společně označuje nutnost neodkladného upřesnění závažnosti ischemického poškození myokardu a zahájení včasné intenzivní léčby. (Kolář 2009)

6.1. Klinický obraz akutních koronárních syndromů

Základním projevem AKS je silná bolest na hrudi (stenokardie). Nemocní často popisují kruté, svíravé bolesti za hrudní kostí trvající déle než 20 minut až několik hodin, které mohou vystřelovat do horních končetin (typicky doleva), krku, čelistí, zad nebo epigastria a neustupují po podání nitroglycerinu. Zhruba u poloviny nemocných je stenokardie doprovázena dalšími příznaky - nauzeou až zvracením, dušností, palpitacemi, celkovou slabostí až ztrátou vědomí, strachem či pocením. U 10-30% infarktů myokardu mohou být pacienti asymptomatictí nebo mít atypické příznaky (např. jen dušnost, snížení výkonnosti). (Štejf 2007; Špaček 2003)

6.2. Akutní infarkt myokardu

Infarkt myokardu je označován jako akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vzniklá na podkladě náhlého uzávěru či progresivního extrémního zúžení koronární tepny zásobující příslušnou oblast. Je nejzávažnější formou akutního koronárního syndromu. (Kolář 2009; Špaček 2003)

Na základě vyšetření EKG rozlišujeme akutní infarkt myokardu bez elevací S-T úseků (NSTEMI) a akutní infarkt myokardu s elevacemi S-T úseků (STEMI). Dále se IM dělí dle vývoje na EKG (vznik Q kmitů), je buď typu non-Q-infarkt (bez rozvoje nových patologických kmitů Q) nebo Q-infarkt (provázený vznikem a přetrváváním patologických kmitů Q alespoň ve dvou svodech EKG). Od dělení Q-infarkt a non-Q-infarkt se však nyní upouští, protože má velmi sporný anatomický i klinický význam. Dlouhodobá prognóza nemocných s Q-infarktem se od pacientů s non-Q-infarktem neliší. (Štejf 2003; Špaček 2003)

Akutní koronární syndrom bez elevací S-T úseků se vyvine nejčastěji v nestabilní anginu pectoris (nedojde k vzestupu markerů myokardiální nekrózy, např. troponinu) nebo v non-Q-infarkt myokardu, výjimečně v Q-infarkt myokardu (nedojde k vzestupu markerů myokardiální nekrózy, např. troponinu). Akutní koronární syndrom s elevacemi S-T úseků vyústí nejčastěji k infarktu myokardu Q-typu, výjimečně při včasné, spontánní nebo léky navozené rekanalizaci infarktové tepny k infarktu myokardu non-Q-typu. Neprokážeme-li nekrózu srdečního svalu, jde o Prinzmetalově angině pectoris (elevace S-T úseků je pouze přechodné) nebo nestabilní angině pectoris. (Štejf 2007)

6.2.1. Diagnostika infarktu myokardu

Klasická základní diagnostická vyšetření akutního infarktu myokardu jsou klinický obraz, EKG vyšetření, laboratorní průkazy nekrózy a zobrazovací metody. Základem správné diagnózy je zejména pečlivá anamnéza. Další diagnostická kritéria jsou koronarografie, echokardiografie a u zemřelých patologickoanatomická pitva. (Kolář 2009; Špaček 2003)

6.2.1.1. Klinický obraz

Základním projevem jsou stenokardie, které trvají déle než 20-30 minut. Mívají charakter pálení, svírání, řezání, bodání a často vystřelují na přední plochu hrudníku, do krku, mezi lopatky, do dolní čelisti nebo do horních končetin, nejčastěji do levé paže. Pacient je typicky ukazuje jako sevřenou pěst drženou nad hrudní kostí nebo nad levou částí hrudníku.

U nemocných je často zjevný úzkostný a vystrašený výraz v obličeji. Pokud společně s infarktem dochází k srdečnímu selhání, nemocný zaujímá polohu vsedě. Objevit se může také vykašlávání zpěněných či narůžovělých hlenů a dušnost, která může být známkou plicního edému při levostranném srdečním selhání.

Srdeční frekvence v akutním období infarktu může kolísat od bradykardie až po tachykardii. V časném stadiu infarktu je často zjištěna nepravidelnost srdečního rytmu. Krevní tlak je většinou stejný jako před infarktem nebo jde o mírné snížení tlaku systolického a zvýšení diastolického vlivem tachykardie a snížení systolického objemu. U některých nemocných však může vzniknout hypertenze, pravděpodobně reaktivně při bolesti. Častá je i hypotenze při porušené systolické funkci myokardu, jejíž závažnost je různá, dle vyvolávající příčiny. (Kolář 2009)

6.2.1.2. Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření na přítomnost biochemických ukazatelů nekrózy, neboli kardiomarkerů, je základní součástí diagnostiky AIM a má klíčový význam. Mezi laboratorní ukazatele nekrózy srdečního svalu patří kreatinkináza, troponiny, myoglobin, CK-MV izoformy a další. Za nejspolehlivější kardiomarker je považován troponin.

Troponinový komplex se skládá ze tří podjednotek označované jako troponin C, T, I a jsou nezbytné pro svalovou kontrakci. Srdeční troponiny jsou velmi senzitivní a vysoce specifické pro myokard a za normálních podmínek se v krvi nevyskytují, proto je jejich výskyt v krvi jistou známkou nekrózy. Nekróza myokardu však může vzniknout i z jiných příčin než koronárních, proto k průkazu infarktu myokardu potřebujeme ještě další symptomy. (Špínar 2003; Kolář 2009; Štejfá 2007)

6.2.1.3. Elektrokardiografické vyšetření

Elektrokardiografie je nepostradatelným vyšetřením u pacientů s AIM, už jen proto, že se akutní koronární syndromy dělí dle tohoto vyšetření. Pro zjištění akutní ischemie je rozhodující hodnocení úseků S-T. Ale i bez elevací nebo snížení těchto úseků na vstupním EKG, především pokud ustoupily stenokardie, se diagnóza AIM nedá vyloučit. Obvykle pomohou opakovaná EKG vyšetření, hlavně při dalších stenokardiích.

U každého pacienta s podezřením na AIM, musí být EKG zaznamenáno co nejdříve, protože od výsledku EKG se odvíjí další postupy a případná léčba. Ze vstupního EKG lze posoudit další osud nemocného. Výrazně vyšší akutní mortalita je u AIM s elevacemi S-T úseků než bez nich. EKG také poskytuje důležité informace o účinnosti reperfuzní léčbě. (Štejska 2007)

6.2.2. Léčba akutního infarktu myokardu

Ideálním léčebným postupem u AIM je obnovení průtoku v postižené cévě (reperfuze), v co nejkratším intervalu a zároveň zvládnutí poruch rytmu, které způsobují snížený přísun kyslíku do ischemického myokardu např. anginózní bolest.

Nejdůležitější je co nejrychlejší převoz na koronární jednotku. Při přepravě je nutné maximální zabezpečení nemocného, které provádí kvalifikovaný tým pracovníků rychlé zdravotnické pomoci.

V nemocnici je důležitým léčebným zásahem zbavit nemocného anginózní bolesti, protože bolest zvyšuje tonus sympatiku a tím i potřebu kyslíku v myokardu. Dále se provádí co nejrychleji reperfuzní léčba, která by měla být zahájena co nejdříve, nejpozději však do 6 hodin po vzniku příznaků AIM, což je ve většině situací v podmínkách ČR možné. Reperfuzní léčba se provádí třemi základními postupy - medikamentózní trombolýzou (v ČR prováděnou výjimečně v situaci nemožnosti provedení perkutánní koronární intervence), perkutánní koronární intervencí (PCI - nejčastější metoda) a kardiokirurgickou operací (našítim aortokoronárního bypassu).

Trombolýzou lze dosáhnout příznivých výsledků reperfuze pouze v časných hodinách. Doporučuje se do 3 hodin po vzniku AIM, pokud nelze provést PCI. V medikamentózní léčbě trombolitiky se používá nejčastěji tenektepláza.

PCI je nejúčinnější metodou při reperfuzi postižené věnčité tepny, úspěšnost této metody je téměř stoprocentní a na rozdíl od trombolýzy není tolik závislá na době uplynulé od vzniku AIM. Dále mají nemocní oproti pacientům léčeným trombolýzou nižší úmrtnost, méně opakovaných infarktů, méně cévních mozkových příhod a méně poškozenou funkci levé komory. Výkon u AIM, má ale také svá specifika. Pronikání uzavřenou tepnou u AIM je složitější než pouhým zúžením, v místě uzávěru se vždy vyskytují tromby, které mohou embolizovat do periferie a zhoršit průtok tepnou. V některých případech je možná aspirace trombů z infarktové tepny, tzv. trombaspirace. Zhoršení průtoku tepnou výrazně zvyšuje

mortalitu nemocných, proto se ve snaze dosáhnout normálního průtoku během PCI aplikuje heparin a blokátory destičkových receptorů IIb/IIIa.

Operace aortokoronární spojky – bypassu obnovuje průtok postižené tepny přemostěním uzávěru. Provádí se zejména u pacientů, kde koronarografický nález neumožňuje reperfúzi pomocí PCI a tam, kde pokračuje ischemie. Tato metoda je však spojena s vyšším pooperačním rizikem, a proto se provádí pouze u nemocných s velkým AIM, u kterých je možnost, že by nepřežili jiný způsob léčby. (Kolář 2009)

6.3. Nestabilní angina pectoris

Nestabilní angina pectoris (NAP) je charakteristická ischemickou bolestí, nespecifickým obrazem EKG a normální hodnotou kardiomarkerů. Nemocnému hrozí po celou dobu záchvatu vznik infarktu myokardu nebo náhlá smrt. Asi jedna třetina pacientů přijatých pro AIM má před vznikem infarktu odpovídající symptomy NAP.

Na základě klinických projevů dle doporučení amerických kardiologických společností z roku 2002 se nestabilní angina pectoris dělí na tři typy: klidová angina pectoris, nově vzniklá angina pectoris a akcelerovaná angina pectoris.

Klidová angina pectoris vzniká v klidu, bolest přetrvává déle než 20 minut, čím déle bolest trvá, tím je vyšší riziko AIM či náhlé smrti. Nově vzniklá angina pectoris je ohraničena délkou trvání do dvou měsíců, poté se řadí do chronické. Akcelerovaná angina pectoris je typická zhoršováním počtu nebo intenzity záchvatů. (Štejska 2007; Kolář 2009)

6.3.1. Diagnostika nestabilní anginy pectoris

Základní diagnostická vyšetření jsou stejná jako u AIM. Klinický obraz NAP může být téměř shodný jako u infarktu myokardu, liší se pouze kratším trváním stenokardií a nepřítomností doprovodných vegetativních symptomů.

Důležité je laboratorního vyšetření, kdy nemocní s NAP mívají opakovaně normální hodnoty kardiomarkerů, zejména troponinů. Opakované optimální hodnoty kardiomarkerů vylučují diagnózu infarktu myokardu a potvrzují NAP.

U EKG vyšetření při trvající bolesti na hrudi bývají odchylky v úseku ST, a to zpravidla deprese, výjimečně elevace. Deprese úseku ST se často vyskytuje současně s přechodnou negativitou vln T. Tyto nálezy většinou vymizí do 6-12 hodin, pokud přetrvávají déle, je zde riziko infarktu myokardu. U řady pacientů s NAP se však tento typický nález na EKG nemusí vyskytovat, a proto negativní nález na EKG nestabilní anginu nevylučuje.

Dále se provádí do 72 hodin po přijetí koronarografické vyšetření, které rozhoduje o další léčbě. Jako typický nález u NAP se pokládá excentrická stenóza s úzkým krčkem. Na koronarogramech pacientů s NAP bývá zjištěno mnoho aterosklerotických změn, často s postižením všech třech hlavních tepen. (Kolář 2009)

6.3.2. Léčba nestabilní anginy pectoris

V léčbě NAP jsou dva základní postupy – konzervativní a invazivní. Nemocný je ihned po přijetí uložen na monitorované lůžko a je zahájena medikamentózní léčba. Během prvních hodin se musí rozpoznat míra ohrožení nemocného a rozhodnout o dalším léčebném postupu. U většiny pacientů se podaří dosáhnout stabilizaci stavu, pouze u menšího počtu je nutná urgentní reperfúze. (Kolář 2009; Aschermann 2001; Štejf 2007)

U konzervativní léčby je základem zabránit k progresi trombu, a tak i ke vzniku AIM nebo náhlé smrti. Zahrnuje podání agregancií, optimálně kyseliny acetylsalicylové v kombinaci s thienopyridiny, heparinu, betablokátorů v tolerované dávce a pokud nejsou kontraindikovány, statinů k dosažení cílové koncentrace LDL-cholesterolu a ACE inhibitorů. (Vojáček 2009; Sovová 2014)

V invazivní léčbě se provádí buď perkutánní koronární intervence nebo chirurgická léčba. Invazivnímu vyšetření (koronografie) jsou v současné době indikováni téměř všichni nemocní s NAP. (Kolář 2009)

7. Primární a sekundární prevence aterosklerózy

Jelikož je dokázáno, že rozvoj aterosklerotických změn je proces ovlivnitelný, podtrhuje prevenci, jako nejúčinnější způsob ovlivnění KVO. Cílem prevence je snížit absolutní riziko KVO v populaci i u jednotlivých osob, dále zlepšit kvalitu života a prodloužit jej. (Vojáček 2009; Štejfa 2007)

Cílem primární prevence je ovlivnit v celé populaci faktory životního stylu, vnějšího prostředí a jejich sociální a ekonomické determinanty. Sekundární prevence se zaměřuje na pacienty s již manifestním kardiovaskulárním onemocněním. Hlavním cílem primární prevence aterosklerózy je odstranění všech rizikových faktorů režimovým opatřením, v sekundární zabránit progresi a rekurenci choroby. (Štejfa 2007; Vojáček 2009; Špinar 2003)

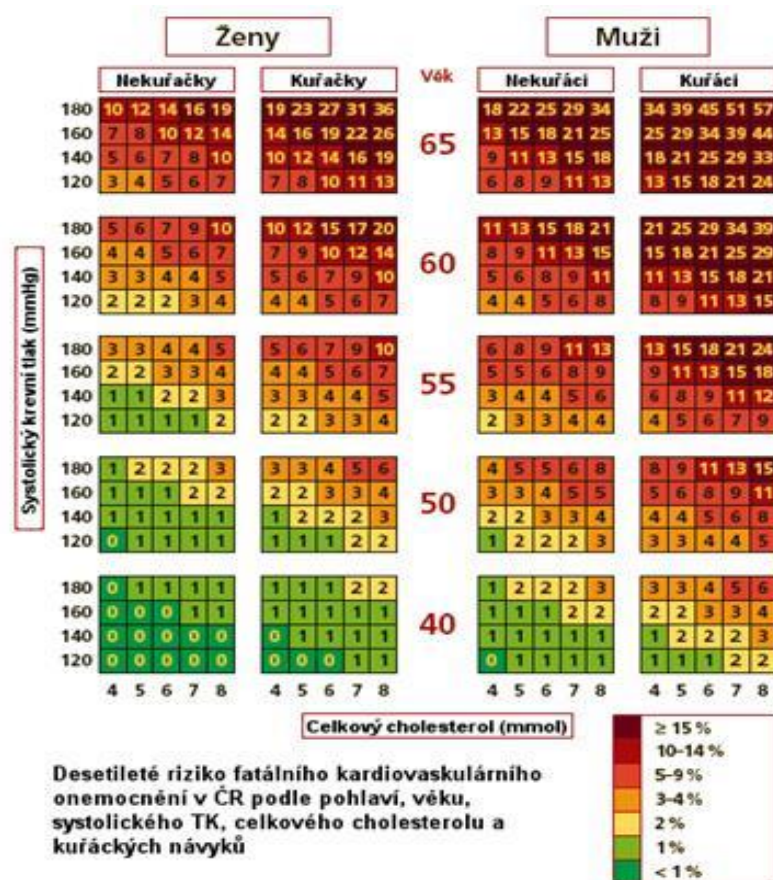
Velmi významná je edukace pacienta o vhodném životním stylu, jaká musí dodržovat omezení a naopak co je mu doporučeno a povoleno. (Štejfa 2007; Vojáček 2009; Špinar 2003)

Primárně je důležité zejména zanechání kouření, změnit stravovací zvyklosti, pravidelná pohybová aktivita a redukce hmotnosti. Tyto zvyklosti je často obtížné změnit, i přesto že si nemocní uvědomují možné ohrožení jejich zdraví. Důležitou roli v motivaci pacientů hrají zdravotní pracovníci, kteří by měli poskytnout jednoduché rady a doporučení. Nejvíce však závisí na spolupráci a ochotě pacientů změnit své životní návyky, bez které je léčba velmi problematická a většinou neúčinná. (Špinar 2003; EUCIF 2010; Vojáček 2009)

7.1. Hodnocení kardiovaskulárního rizika podle tabulek SCORE

Nejpoužívanější a jednoduchou metodou pro zjištění individuálního rizika úmrtí z kardiovaskulárních příčin u pacientů bez manifestního KV onemocnění jsou tabulky SCORE, které byly vytvořeny na základě evropských mortalitních dat a dále upraveny pro českou populaci. Tabulky SCORE jsou založené na údajích o věku, pohlaví, kouření, hodnotě celkového cholesterolu a krevního tlaku. Riziko představuje pravděpodobnost úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v následujících 10 letech. Riziko manifestace KV onemocnění je cca 3-4x vyšší. (Vojáček 2009)

Obrázek 2 - 10leté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, celkového cholesterolu a kuřáckých návyků



Zdroj: <http://www.tlukotsrdce.cz/clanek/331/jak-oklamat-zle-sudicky-spatne-geny/>

7.2. Pohybová aktivita v prevenci srdečních chorob

Není pochyb, že sedavý způsob života bez pohybu představuje závažný rizikový faktor, a proto patří mezi režimová opatření v rámci prevence. Zvyšující se úroveň fyzické zdatnosti, je spojena s následnou nižší kardiovaskulární mortalitou u mužů i žen. Cvičení má také velmi příznivý vliv na rizikové faktory. (Špinar 2003)

Pravidelná fyzická aktivita zabraňuje vzniku hypertenze a u nemocných s hypertenzí snižuje krevní tlak pod vstupní úroveň na 8-12 hodin po cvičení. Dále byl pozorován pozitivní vliv na sacharidový metabolismus, zejména zvýšenou citlivostí k inzulinu, sníženou produkcí glukózy v játrech a redukcí obezity. Také na fibrinolytický systém a funkci endotelu. (Špinar 2003)

Druh pohybové aktivity se volí podle věku, komorbidit, fyzické zdatnosti a stavu pohybového ústrojí. Doporučuje se aerobní aktivita střední intenzity 20-30 minut 4-5x týdně nebo pohybová aktivita vysoké intenzity 45-60 minut 2-3x týdně. Vhodná je svižná chůze, běh, nordic walking, plavání, veslování, jízda na kole a další. Cvičení by mělo být pro nemocného příjemné, maximálně při 60-75% tepové frekvence pro daný věk. Intenzitu

si mohou pacienti určit i na základě Testu mluvení: pokud pacienti při dané aktivitě dokážou vyslovit jednoduchou větu bez zastavení, je to střední intenzita, pokud si mohou zpívat, je intenzita příliš nízká, pokud jsou schopni na jeden nádech říci jen jednotlivá slova, pak je intenzita příliš vysoká. Ve studiích publikovaných v posledních letech bylo prokázáno, že v prevenci kardiovaskulárních onemocnění není nutné ani tolik intenzivní cvičení, a že i pravidelnou chůzí lze pozitivně ovlivnit prognózu u pacientů se sedavým způsobem život. Tento fakt je důležitý v souvislosti se spoluprací s nemocnými. (Vojáček 2009)

Obecně se radí:

1. Pohybovou aktivitu provádět ve třech fázích: rozcvičení, období intenzivnějšího cvičení a zklidnění.
2. V případě, že se objeví neobvyklé příznaky při cvičení, například stenokardie, závratě, palpitace a podobně. Je potřeba konzultace s lékařem.
3. Vynechat cvičení při virózách, teplotě či neobvyklé únavě.
4. Dbát na dostatečnou hydrataci při a po cvičení.
5. Intenzitu cvičení přizpůsobovat zevním podmínkám, teplotě vzduchu, nadmořské výšce a vlhkosti vzduchu.
6. Nekouřit alespoň 2 hodiny před cvičením a 2 hodiny po cvičení.
7. Po cvičení se nesprchovat horkou vodou.
8. U manifestní ICHS přizpůsobit intenzitu cvičení dle zdatnosti a kardiorepirační kapacity.
9. Zásadně nepoužívat jakýkoliv doping či neověřené energetické stimulatory. (Vojáček 2009)

7.2.1. Rehabilitace pacientů po infarktu myokardu

Během posledních let se díky nově používanými reperfuzními metodami výrazně změnil přístup ke klidovému režimu po prodělání infarktu myokardu. Klid na lůžku je nezbytný pouze prvních 12-24 hodin, kdy je důvodem klidového režimu v nekomplikovaných případech zejména šetření místa vpichu po PCI. Po uplynutí této doby se začíná s aktivním cvičením (základní pohyby horních a dolních končetin na lůžku). Aktivní cvičení často pomáhá překonat strach z fyzické aktivity a je nedílnou součástí rehabilitace v časně fázi. (Štejska 2007)

Po ukončení hospitalizace je žádoucí pokračovat s rehabilitací, která by měla začít co nejdříve. Tato fáze je nazývána posthospitalizační a je prováděna v podmínkách ČR jako lázeňská léčba, individuální domácí trénink nebo jako nemocniční řízený trénink. Tato fáze slouží k upevnění vhodných životních návyků a eliminaci rizikových faktorů. (Štejska 2007)

Rehabilitační proces rozdělujeme na čtyři základní fáze:

- I. fáze - nemocniční rehabilitace:** Hlavním cílem této fáze je zabránit tromboembolickým komplikacím, ztráty kondice a připravit pacienta k návratu běžným denním činnostem.
- II. fáze - časná rehabilitace po propuštění z nemocnice:** Tato fáze by měla začít optimálně co nejdříve. Považuje se za důležitou pro navození potřebných změn životního stylu.
- III. fáze - stabilizace:** Tato fáze začíná po stabilizaci klinického nálezu. Cílem je stabilizace rehabilitačního programu, kdy pacient přestupuje na vlastní tvorbu pohybového programu dle zásad, se kterými byl seznámen.
- IV. fáze - udržovací:** Pacient setrvává v dodržování předchozích zásad sekundární prevence již s minimální odbornou kontrolou. (Štejf 2007; Maršálek 2006)

7.3. Správné stravovací návyky v prevenci srdečních chorob

Strava doporučována pro prevenci ICHS se zaměřením na léčbu hyperlipidémie, obezity a vysokého krevního tlaku, by měla být uznávána celou populací jako racionální dieta. Neboť osoby s nadváhou, obezitou, hypertenzí nebo hyperlipidémií mají zvýšené riziko rozvoje ICHS. Redukce tělesné hmotnosti příznivě ovlivňuje rizikové faktory aterosklerózy.

Hlavní cíle jsou:

- Snížení celkového příjmu energie, pokud má pacient nadváhu.
- Snížení podílu nasycených tuků nesmí tvořit více než 7% denního energetického příjmu. Upřednostňují se tuky nenasycené.
- Zvýšení příjmu vlákniny (ovoce, zelenina, cereálie...).
- Denní příjem cholesterolu by neměl přesahovat 200 mg.
- Snížení příjmu kuchyňské soli a alkoholických nápojů, zejména u hypertoniků.
- Zvýšení konzumace potravin s vyšším obsahem vitaminů s předpokládaným antioxidačním účinkem.
- Zvýšení příjmu sterolů na 2g denně. (Špinar 2003; Fait 2008)

Rizikové dietní faktory jsou buď aterogenní nebo trombogenní. Aterogenní způsobují zvýšení sérového cholesterolu a tím urychlují aterosklerózu. Trombogenní vyvolávají trombotické změny na ateromových plátech. Existují však také nutriční faktory s protektivním účinkem. (Špinar 2003; Vojáček 2009)

Mezi negativní dietní faktory patří nasycené mastné kyseliny (SFA = Saturated Fatty Acids), které se vyskytují v tukách živočišného původu. Vyznačují se tím, že ve své chemické struktuře nemají žádné dvojné vazby. V naší potravě se objevuje hlavně kyselina stearová, palmitová, myristová a laurová. Kyselina stearová je významně trombogenní, vyskytující se zejména v masě hovězí, vepřové a skopové. Kyselina palmitová a myristová jsou aterogenní i trombogenní, vyskytují se v mléčném tuku. (Vojáček 2009; Špinar 2003)

Riziko KVO zvyšují také některé trans-izomery, obsaženy z 50% v živočišných tucích. Dříve používanou metodou (hydrogenací) pro výrobu margarínů, vznikaly trans-izomery PUFA ve větší míře. Vysoká spotřeba těchto margarínů v USA v první polovině 20. století se patrně podílela na vysokém výskytu KVO v porovnání s populacemi, kde se margaríny nepoužívaly. Nově používané metody pro výrobu margarínů umožňují množství trans-izomerů snížit. Trans-izomery vznikají však také při zahřívání olejů, pečením nebo smažením. (Vojáček 2009)

Hlavními zdroji nasycených mastných kyselin jsou: plnotučné mléko, tučné sýry, máslo, smetana, šlehačka, tučná masa, slanina, uzeniny, kůže z drůbeže, palmový a kokosový olej, pečivo či cukrovinky vyráběné z másla nebo ztužených olejů.

Protektivní dietní faktory jsou oleje rostlinného původu, vláknina a antioxidanty, které vážou volné radikály kyslíku. Tuky rostlinného původu obsahují dvojné vazby a označují se jako nenasycené mastné kyseliny (PUFA = Poly Unsaturated Fatty Acids) nebo nenasycené mastné kyseliny s jednou dvojnou vazbou (MUFA = Mono Unsaturated Fatty Acids). Všechny tyto kyseliny nemají však stejné protektivní či rizikové účinky.

Mezi nejrozšířenější rostlinné a protektivní kyseliny patří PUFA omega 6 kyselina linolová a PUFA omega 3 kyselina alfa-linolenová. Kyselina linolová se vyskytuje zejména v margarínech a rostlinných olejích, může mírně snížit celkový cholesterol, LDL cholesterol, ale také HDL cholesterol. Kyselina alfa-linolenová je značně obsažena v rostlinném planktonu, snižuje LDL cholesterol, zvyšuje HDL cholesterol a také snižuje agregaci krevních destiček. Desaturázy navíc mění kyselinu alfa-linolenovou na kyselinu eikosapentaneovou a kyselinu dokosaheptaenovou, které mají příznivý vliv na antitrombotické a antiarytmické účinky, navíc jsou protizánětlivé.

Významem nutriční intervence v sekundární prevenci se zabývali dvě studie a to Diet and Reinfarction (DART) a Lyon Diet Heart Study. Studie DART doporučovala zvýšit spotřebu ryb na 200-400g týdně spolu s omezením tuků. Výsledkem bylo snížení incidence infarktu myokardu i mortality.

Studie Lyon Diet Heart Study je považována za nejvýznamnější sekundárně preventivní dietní studii. Porovnávala u pacientů po IM účinek racionální diety „západního typu“ a „středozevního typu“. Diety se lišily v poměru kyseliny linolové ke kyselině alfa linolové, kdy dieta západního typu měla poměr 95:5% a dieta středozevního typu 75:25%, rovněž osoby dodržující tuto dietu měly větší spotřebu kyseliny olejové, vlákniny a nižší

spotřebu cholesterolu (203g/den ve středozevní dietě a 312g/den v dietě západního typu). Výsledky ukázaly, že dieta středozevního typu v sekundární prevenci snížila počet nefatálních IM a kardiovaskulární mortalitu o 72%, také počet srdečních selhání, periferních embolií a restenóz vyžadujících revaskularizaci či rehospitalizaci. Proto typy diet podobné „středozevního typu“ jsou považovány za optimální. Překvapivě se obě skupiny se v lipidických parametrech výrazně nelišily. (Vojáček 2009)

7.3.1. Středomořská dieta

V oblasti středomoří je všeobecně snížen výskyt kardiovaskulárních chorob, zvýšené hladiny LDL-cholesterolu, diabetu 2. typu a obezity. Příčinou je jejich typická skladba jídelníčku. A z tohoto důvodu vznikl pojem středomořská dieta.

Středomořská dieta je v posledních letech doporučována v prevenci kardiovaskulárních onemocnění nejvíce. Její protektivní vliv potvrdila například studie sedmi zemí (Seven countries study), studie Lyon Diet Heart Study nebo studie GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto). Ve Spojených státech amerických bylo první zkoumání této diety publikováno ve studii National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study.

Základními principy středomořské diety jsou:

- Rostlinné produkty. Zejména konzumace ovoce a zeleniny. Dále jsou vhodné ořechy, luštěniny, cereálie, brambory.
- Pečivo je doporučeno spíše celozrné.
- Preferují se lokálně pěstované a co nejméně konzervované potraviny.
- Konzumace ryb a drůbeže.
- Konzumace červeného masa pouze vzácně.
- Konzumace až 4 vajec týdně.
- Mírnější konzumace mléčných výrobků.
- Hlavním zdrojem tuků je olivový olej.
- Pití červeného vína. Maximálně jedna sklenka k jídlu denně! (Walker 2009; Švédová 2014)

7.3.2. Dieta podle doporučení American Heart Association

Dietní doporučení American Heart Association zahrnuje celou řadu opatření životního stylu a dietních intervencí a v mnohém se překrývá se středozevní dietou. Jejím cílem je také snížit kardiovaskulární riziko.

Doporučení zahrnuje:

- Docílit negativní energetické bilance ve snaze redukovat hmotnost.
- Prodloužit dobu aerobního cvičení většinu dní v týdnu na ≥ 30 minut.
- Zvýšit příjem ovoce a zeleniny (ne džusů).
- Navýšit konzumaci celozrnných produktů a dalších potravin bohatých na vlákninu.
- Zvážit suplementaci rostlinnými steroly.
- Jíst ryby s vyšším obsahem tuku alespoň dvakrát týdně.
- Zvýšit příjem zdraví prospěšných tuků (olivový olej, řepkový olej, ořechy)
- Omezit příjem trans-mastných kyselin a nasycených tuků.
- Omezit příjem alkoholických nápojů.
- Omezit příjem soli na maximálně 2g/denně. (Walker 2009)

7.3.3 Dieta DASH

Dieta nazývaná DASH je zkratka anglického názvu - Dietary Approaches to Stop Hypertension. Tedy v překladu: Dietní postupy k zastavení hypertenze. Vysoký krevní tlak patří k nejčastějším srdečně-cévním poruchám a současně je rizikovým faktorem aterosklerózy. Dieta byla zavedena v devadesátých letech 20. století ve Spojených státech amerických jako dieta vhodná nejen pro nemocné s vysokým krevním tlakem, ale pro celou populaci a navíc je vhodná i pro děti.

Dieta DASH není zaměřena pouze na jednotlivé živiny ale na celkové stravovací zvyklosti. Jedná se o jednoduchou dietu bohatou na ovoce a zeleninu, celozrné a nízkotučné potraviny s dostatečným množstvím hrubé vlákniny. Z masa doporučuje ryby a drůbež, podporuje také příjem ořechů a luštěnin. Omezuje jednoduché cukry, hlavně slazené nápoje. Největší důraz je kladen na omezení příjmu soli a zvýšení příjmu draslíku, hořčíku a vápníku. Energetický denní příjem se pohybuje od 1500-3000 kilokalorií, záleží na fyzické aktivitě či nutnosti redukce váhy. Strava je rozložena přes den do tří hlavních jídel a zhruba dvou svačin.

Již před několika lety bylo prokázáno, že dieta DASH u nemocných s hraničním krevním tlakem snižuje systolický krevní tlak o 6 mmHg a diastolický krevní tlak o 3 mmHg; u hypertoniků byl tento pokles ještě výraznější - 11 a 6 mmHg. Ve většině studií byly první účinky snížení krevního tlaku patrné již po 2 týdnech, celková doba sledování byla většinou několik týdnů. Vzhledem k tomu, že pokles krevního tlaku o pouhé 2 mmHg má za následek snížení ICHS o 6 %, mohl být populační dopad ohromný. (Piřha 2012)

8. Farmakoterapie

Farmakologickou léčbu lze rozdělit na ovlivnění primární prevence (pacienti bez ICHS), sekundární prevence (nemocní s ISCH) a léčbu vzniklých komplikací. V primární prevenci je hlavním cílem u rizikových pacientů bez klinických projevů zamezit rozvoji KVO. Sekundární prevence se týká pacientů po intervencích nebo nemocných, kteří nemohou intervenci podstoupit. Farmakologická léčba se vždy kombinuje i s nefarmakologickými opatřeními (přestat kouřit, snížit váhu, pravidelný pohyb a další). (Špinar 2003)

8.1. Farmakoterapie dyslipidémie

Farmakologická léčba dyslipidémie se stala velice významným léčebným postupem jak v primární, tak i v sekundární prevenci aterosklerózy a jejích komplikací. Důkazem jsou přesvědčivé výsledky studií s hypolipidemiky, především se statiny. Hypolipidemika se podávají zejména k ovlivnění aterosklerotického procesu v důsledku kardiovaskulární mortality a morbidity.

V současné době je škála hyperlipidemických léků velická a stále dochází k jejich rozšiřování. Statiny však zůstávají stále základním kamenem léčby. Dále se uvádějí ezetimib a pryskyřice, které společně se statiny slouží ke snížení LDL cholesterolu, k ovlivnění aterogenní dyslipidémie s nízkým HDL cholesterolem nebo vysokými triglyceridy, se používají statiny v kombinaci s niaciny či fibráty. (Češka 2012)

8.2. Farmakoterapie hypertenze

V závislosti na KV riziku a výšce krevního tlaku se doporučuje farmakologická léčba. Podstatné je zachytit pacienta s arteriální hypertenzí včas.

K dispozici je sedm tříd antihypertenziv, z nichž je pět vhodných k zahajování léčby u nekomplikované hypertenze. Většina nemocných však potřebuje kombinaci různých hypertenziv, jelikož monoterapií je kompenzace hypertenze dosažena asi pouze u 20 %. Při výběru vhodné kombinace antihypertenziv se rozhoduje dle výskytu dalších onemocnění a faktorů, jejichž průběh lze vhodně zvoleným antihypertenzivem kladně ovlivnit. Cílem léčby je snížení hodnot tlaku pod 140/90 mm Hg, u diabetiků a nemocných s renálním postižením dokonce pod 130/80 mm Hg.

Mezi základní třídy antihypertenziv pro zahajovací léčbu se řadí:

- Diuretika
- Beta-blokátory
- Blokátory vápníkových kanálů
- Inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu
- Blokátory AT1 receptorů pro angiotenzin II (Vítovec 2004; Fait 2008)

8.3. Farmakoterapie diabetu mellitu 2.typu

Pro pacienty s metabolickým syndromem a diabetem je i přes častou edukaci o změnách životního stylu bohužel typická nespolupráce. U pacientů jsou častější depresivní nálady a zajištění depresí větším množstvím jídla.

V současné době jsou proto velkým úspěchem lékové studie, které prokázaly, že výskyt diabetu je možno snížit akarbosou, metforminem a orlistatem. (Fait 2008)

8.4. Compliance pacientů s farmakoterapií

Compliance neboli adherence je definována jako aktivní chování pacienta k dosažení terapeutického výsledku.

Compliance pacienta s farmakoterapií významně ovlivňuje úspěšnost léčby. Je proto velmi důležité, aby pacient pochopil terapii a byl dostatečně poučen o indikaci a správném používání léků. Nedostatečné poučení či špatné pochopení často vede k non-complianci, tedy neúspěchu terapie.

V prevenci proti KVO mohou lékaři medikamentózně pomoci upravit rizikové faktory jako je vysoký krevní tlak či vysoké hladiny LDL-cholesterolu. Tudíž špatná compliance s farmakoterapií může ovlivňovat výskyt nebo opakovaný výskyt kardiovaskulárních příhod, například IM. (Mikušová 2008; Karen 2009)

Ke zlepšení compliance k farmakologické léčbě přispívají účinné a dobře snášené léky na hypertenzi či hyperlipidémii, podávané nejlépe jednou denně. Zavádění tzv. poly-pill, tj. lékových forem, kde jedna tableta obsahuje více účinných složek a pacienti tudíž užívají méně léků, což má na mnoho pacientů příznivý vliv. (Vytrískalová 2009)

9.Compliance pacientů s režimovým opatřením

Řádné dodržování režimového opatření (dieta, pohyb, udržení hmotnosti v rozmezí neobézním) odsouvá riziko KVO. Při již manifestovaném KVO zabraňuje k progresi a rekurenci choroby. Ne všichni bohužel tato opatření dodržují.

Příčiny nespolupráce lze hledat jak na straně pacienta tak lékaře. Záleží na mnoha faktorech: osobnosti a inteligenci pacienta, na informovanosti pacienta o nemoci, na denním počtu tablet, na účinnosti léčby a další.

Existuje mnoho přístupů, jak vylepšit dodržování léčby s pacientem. Největší vliv na pacienta má většinou lékař, velmi záleží na jeho přístupu k pacientovi a jeho přirozené autoritě. Důležitá je opakovaná edukace a trpělivé vysvětlování všech výhod režimových opatření, to vše je třeba nemocným zdůrazňovat a snažit se je motivovat.

Bylo zjištěno, že velký problém s adherencí k léčbě v primární prevenci aterosklerózy a KVO mají většinou pacienti bez větších obtíží a příznaků nemoci, cítící se zdrávi. Léčbu považují často za zbytečnou, často jde o hypertoniky, nemocné s dyslipidemiemi, obezitou, metabolickým syndromem či diabetem mellitus 2.typu. Hůře s dodržováním léčby jsou na tom spíše mladší pacienti než starší. (Rosolová 2013; Vytrískalová 2009)

9.1. Motivace pacientů ke změně životního stylu

Změna životního stylu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění hraje velmi významnou roli, ale bohužel ne vždy jsou pacienti dostatečně připraveni a motivováni k tomuto rozhodnutí. Jak je již výše uvedeno, důležitou úlohu v motivaci ke změnám mají zdravotní pracovníci, kteří pacientům podávají cenné informace jak o onemocnění, tak o vhodných změnách v rámci prevence. Vliv má samozřejmě také způsob rozhovoru mezi zdravotním pracovníkem a pacientem. Dále je často vhodná i psychologická podpora.

Trvalých změn životního stylu je snáze docíleno, pokud se pacient rozhodne sám, než když je ke změnám nucen okolím. Míra připravenosti nemocných ke změnám má dvě hlavní hlediska: význam, který změně připisují a přesvědčení v možnost jejího uskutečnění a vytrvání. Málo připravené pacienty, kteří hned neakceptují různé změny je třeba citlivě v jejich chování ovlivňovat a opakovaně vysvětlovat pozitivní význam změn životního stylu. Významnou komplikací v motivaci je také strach z neúspěchu, a proto je vhodné plánovat menší a reálné cíle.

Lze rozdělit několik stupňů připravenosti ke změně životního stylu. V časně fázi pacient ještě nemá žádné potíže nebo si je v souvislosti s rizikovým chováním neuvědomuje. V další fázi jsou pacientům jasné souvislosti a začínají uvažovat o změnách, ovšem zdaleka ještě nejsou rozhodnutí. Ve třetí fázi jsou rozhodnutí a připravují si plán ke změnám. V posledních fázích změny uskutečňují. (EUFIC 2010; Soukup 2006)

Chronické onemocnění, jehož příznaky nemocného příliš neomezují, přímo podněcuje k nedodržování preventivních či léčebných opatření, protože nemocní necítí potřebu, „když jim nic není“. Nechápu význam ovlivnění rizikových faktorů pro KVO, protože se momentálně cítí zdraví. Lepší motivace a dodržování léčebných postupů je u akutních chorob, u nichž léčba přináší úlevu. (Šimůnková 2015)

Praktická část

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti pacientů po akutním koronárním syndromu o vhodných změnách životního stylu a zejména zjistit jejich motivaci k realizaci těchto změn.

Hypotézy

H1: Předpokládám, že respondenti po AKS do 1 roku budou více motivováni ke změnám životního stylu než respondenti po AKS před více než 1 rokem.

H2: Předpokládám, že respondenti po AKS před více než 1 rokem budou více informováni o vhodných změnách životního stylu než respondenti po AKS do 1 roku.

H3: Předpokládám, že většina respondentů bude mít BMI >30.

Metodologie

Pro zjištění znalostí pacientů po AKS o vhodných změnách životního stylu a jejich motivaci k realizaci těchto změn bylo využito kvantitativní metody výzkumu formou anonymního dotazníku.

Dotazník se skládal ze čtyř částí - první část byla zaměřená na demografická data (věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání atd. ...), druhá část se zaměřila na aktuální životní styl respondentů, třetí část zjišťovala znalosti respondentů o vhodných změnách životního stylu a čtvrtá část se zabývala motivací respondentů. V poslední části dotazníku zabývající se motivací jsme použili validovaný Change Questionnaire verze 1, další otázky v této části byly inspirovány dotazníkem TRE-MORE TEST, který je původně pro obézní pacienty.

Dotazník byl určen pro respondenty po akutním koronárním syndromu. Ve výsledcích jsem porovnávala mezi respondenty, kteří prodělali AKS do 1 roku a respondenty s prodělaným AKS před více než 1 rokem.

Jednotlivé položky byly vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů, kdy relativní četnost byla vždy zaokrouhlena na jedno desetinné číslo, takže prostý součet relativní četnosti nemusí vždy odpovídat 100 %. Při zaokrouhlování bylo použito matematického vzorce zaokrouhlování a to tak, že číslo 1-4 je zaokrouhleno dolů a číslo 5-9 je zaokrouhleno nahoru.

Aby výzkum mohl být zahájen, bylo nutné schválení dotazníku Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od listopadu 2015 do ledna 2016. Dotazníky byly rozdávány MUDr. Vladimírem Tukou Ph.D. pacientům III. interní kliniky ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Dále dotazníky pacientům rozdával také MUDr. Jiří Kužel ve své soukromé kardiologické ambulanci v Jilemnici a část jsem vyplňovala osobně s respondenty ze svého okolí.

Charakteristika souboru

Základní demografické a antropometrické údaje všech respondentů souboru shrnuje tabulka 2, 3 a graf 1.

Celkem vyplnilo dotazník 31 respondentů, z toho bylo 17 po AKS do 1 roku a 14 prodělalo AKS před více než 1 rokem.

Tabulka 2 - Pohlaví respondentů

	AKS do 1 roku		AKS před více než 1 rokem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
muži	11	65 %	9	64 %
ženy	6	35 %	5	36 %
celkem	17	100 %	14	100 %

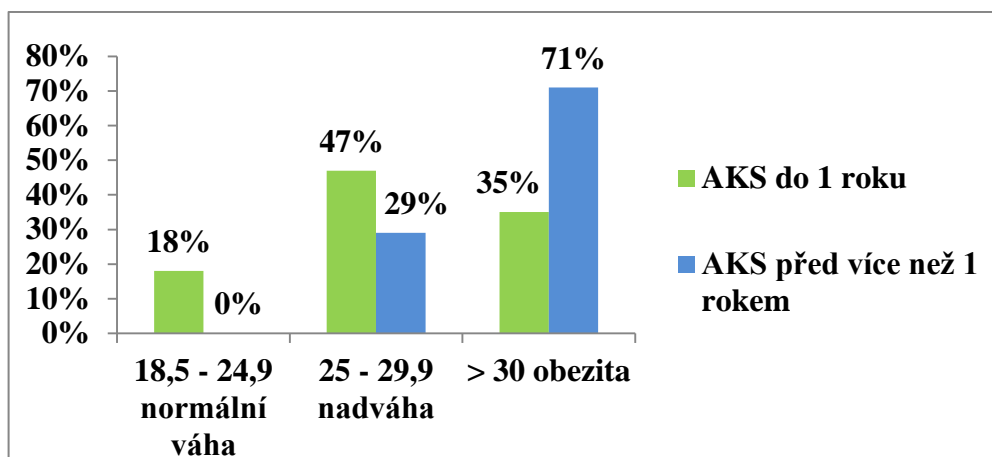
Skupinu respondentů po prodělaném AKS do 1 roku tvořilo 11 (65 %) mužů a 6 (35 %) žen. Druhá skupina po prodělaném AKS před více než 1 rokem byla tvořena 9 (64 %) muži a 5 (36 %) ženami.

Tabulka 3 - Věkové rozložení respondentů

	AKS do 1 roku		AKS před více než 1 rokem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
41-50 let	3	18 %	0	0 %
51-60 let	6	35 %	2	14,5 %
61-70 let	7	41 %	10	71 %
71< let	1	6 %	2	14,5 %
Celkem	17	100 %	14	100 %

Respondenti byli v tabulce 3 rozděleni do 4 věkových skupin – 41-50 let, 51-60 let, 61-70 let a 71< let. Největší podíl respondentů je v obou dvou skupinách ve věkové kategorii 61-70 let. V obou skupinách bylo nejstaršímu respondentovi 72 let. Nejmladšímu respondentovi po prodělaném AKS do 1 roku bylo 46 a ve skupině po prodělaném AKS před více než 1 rokem 54.

Graf 1 - BMI



U každého respondenta z uvedených údajů o výšce a váze jsem stanovila BMI. Drtivá většina v obou skupinách má nadváhu nebo obezitu. Skupina po AKS do 1 roku je na tom o trochu lépe, téměř polovina má nadváhu, na druhém místě 35 % respondentů trpí obezitou a pouze 18 % má váhu normální.

U respondentů po AKS před více než 1 rokem trpí obezitou téměř $\frac{3}{4}$ respondentů, nejvyšší BMI bylo dokonce 41, což značí těžkou obezitu III. stupně. Nikdo z této skupiny neměl normální váhu.

Obvod pasu

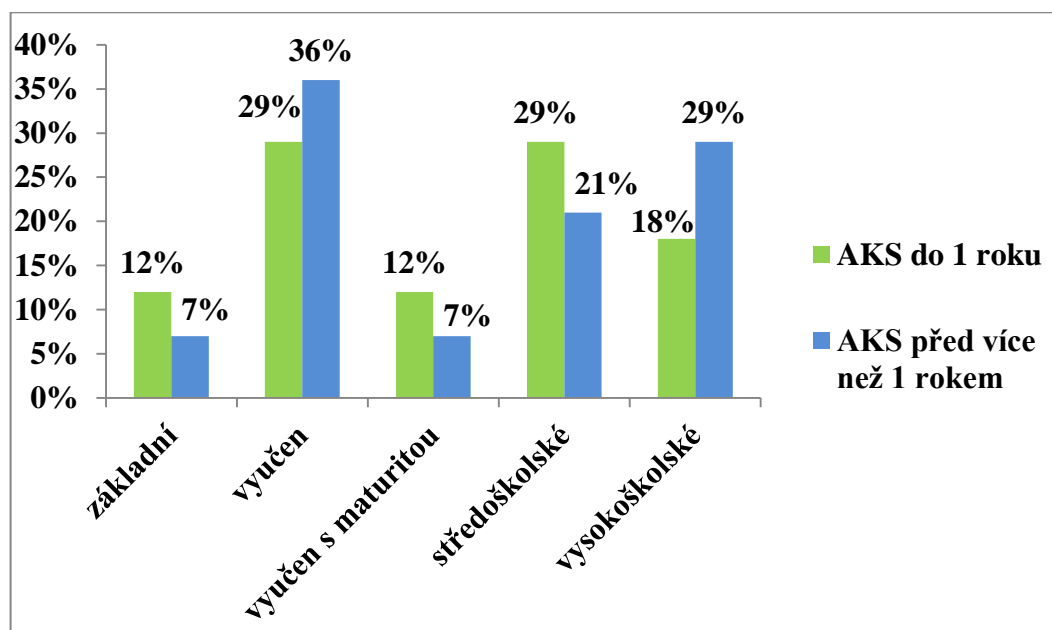
Obvod svého pasu znali pouze 3 (18 %) respondenti po AKS do 1 roku a 4 (29 %) po AKS před více než 1 rokem.

Všichni z obou skupin, kteří uvedli svůj obvod pasu, se pohybují v hodnotách, které představují zvýšené nebo velmi zvýšené riziko KVO. Do velmi zvýšeného rizika KVO (obvod pasu ≥ 102 cm u mužů a ≥ 88 cm u žen) spadají všichni kromě 2 respondentů po prodělaném AKS do 1 roku.

Výsledky však nelze považovat za směrodatné vzhledem k nízkému počtu uvedených hodnot.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání



Ve skupině po AKS do 1 roku mělo nejvíce respondentů 29 % vzdělání středoškolské nebo byli vyučení 29 %, 18 % mělo vysokoškolské vzdělání, 12 % mělo základní školu a 12% bylo vyučeno s maturitou.

Skupina po AKS před více než 1 rokem byla nejvíce zastoupena respondenty s vyučením 36 %, následovalo 29 % s vysokoškolským vzděláním, 21 % se středoškolským a po 7 % byli respondenti se základní školou nebo vyučením s maturitou.

Obě dvě skupiny jsou poměrně vyrovnané, nejvíce respondentů je s vyučením.

Zaměstnání

V obou skupinách měla více jak polovina respondentů zaměstnání.

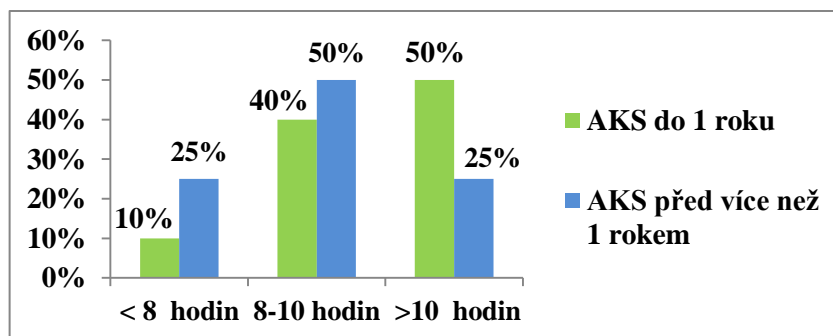
Ve skupině po AKS do 1 roku mělo zaměstnání 10 (59 %) respondentů, 1 (6 %) uvedl nezaměstnanost a zbytek respondentů 6 (35 %) bylo ve starobním důchodu. Z pracujících respondentů uvedlo 5 (50 %), že v práci tráví denně 10 < hodin, 4 (40 %) uvedli 8-10 hodin a 1(10 %) respondent > 8 hodin. Kolik hodin denně tráví respondenti v práci, shrnuje Graf 3.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem ještě stále pracovalo 8 (57 %) respondentů a 6 (43 %) bylo ve starobním důchodu. Z pracujících respondentů uvedli 4 (50 %), že v práci tráví 8-10 hodin denně, 2 (25 %) 10 < hodin a zbytek 2 (25 %) > 8 hodin denně.

Všechny z uvedených zaměstnání nebyli nijak fyzicky náročné, měli spíše charakter sedavého zaměstnání.

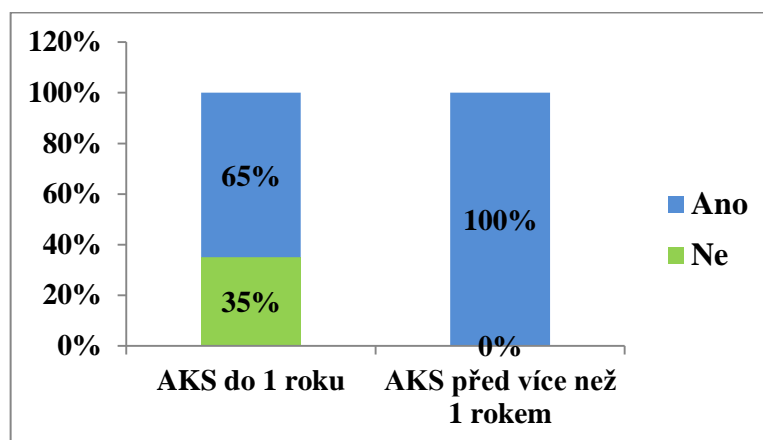
Respondenti uváděli tyto zaměstnání: účetní, hlídač/strážný, lékař, prodavač v antikvariátu, podnikatel, úředník, hlídač stroje v továrně, švadlena, architekt, ředitelka mateřské školy, řidič nákladního vozu, dělník v kovovýrobě, grafik, manažer obchodního týmu, obchodní zástupce, referent.

Graf 3 - Kolik hodin denně stráví respondenti v zaměstnání



Užívání léků

Graf 4 - Pravidelné užívání léků



Většina respondentů uvedla, že užívá nějaké léky pravidelně. Ve skupině po AKS do 1 roku užívá pravidelně léky 11 (65 %) respondentů a 6 (35 %) ne. Názvy pravidelně užívaných léků si pamatuje 5 (45 %) respondentů.

Ve skupině respondentů po AKS před více než 1 rokem uvedli všichni, že užívají nějaké léky pravidelně. Na názvy užívaných léků si však vzpomnělo pouze 6 (43 %) respondentů.

Závažná onemocnění

Další závažná onemocnění uvedlo ze skupiny po AKS do 1 roku 5 (29 %) respondentů. Respondenti uváděli tyto onemocnění: zvýšený cholesterol, hypertenze, diabetes mellitus.

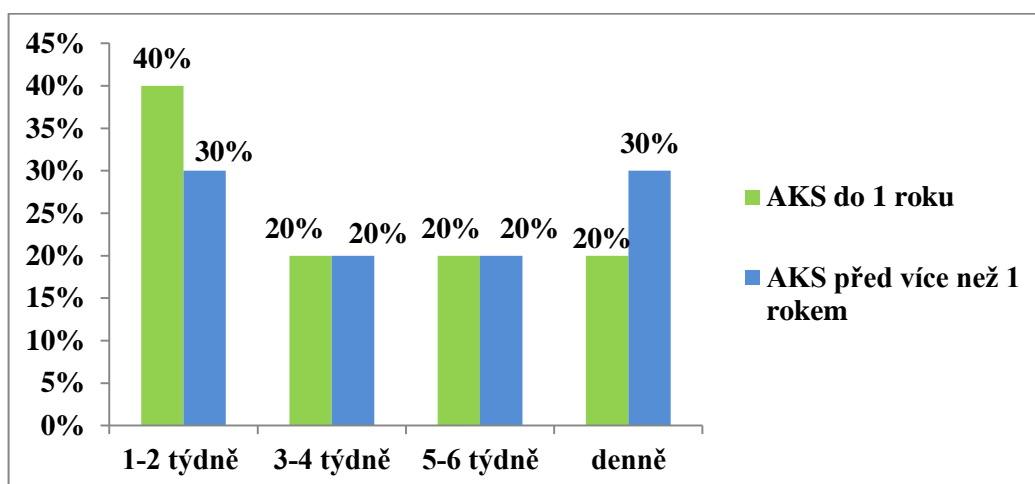
Ve skupině po AKS před více než 1 rokem uvedlo další onemocnění 7 (50 %) respondentů. Uváděli stejné onemocnění jako ve skupině po AKS do 1 roku, tedy rizikové faktory pro KVO.

Aktuální životní styl u respondentů

Pravidelná fyzická aktivita

Provozování pravidelné pohybové aktivity uvedlo 10 (59 %) respondentů po AKS do 1 roku a 10 (71 %) respondentů po AKS před více než 1 rokem.

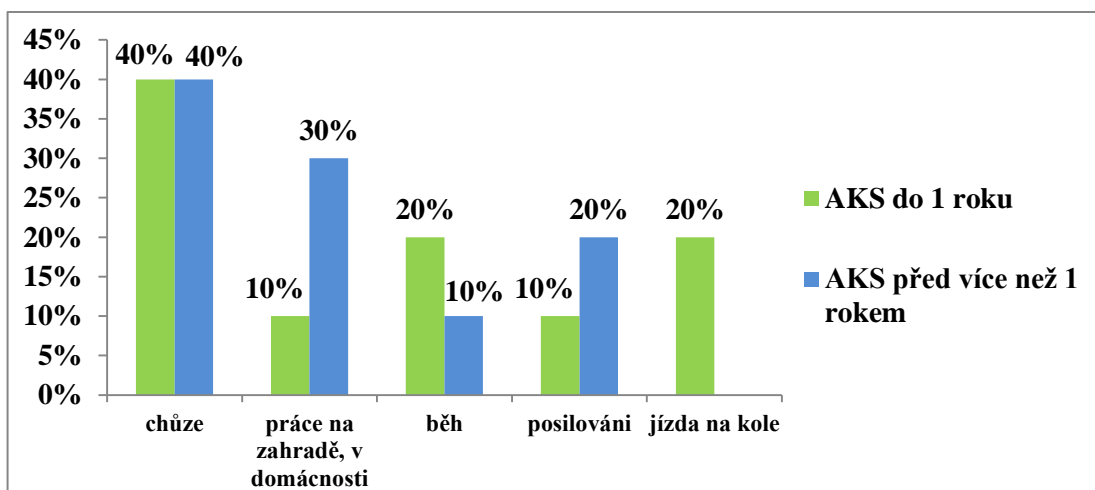
Graf 5 - Jak často respondenti provozují pravidelnou fyzickou aktivitu



Ve skupině po AKS do 1 roku cvičí největší část 4 (40 %) respondenti 1-2 týdně. 3-4 týdně, 5-6 týdně a denně uvedli vždy 2 (20 %) respondenti.

Ve skupině respondentů po AKS před více než 1 rokem cvičí 3 (30 %) respondenti 1-2 týdně, 3 (30 %) denně, 2 (20 %) 3-4 týdně a 2 (20 %) 5-6 týdně.

Graf 6 – Druh pohybové aktivity

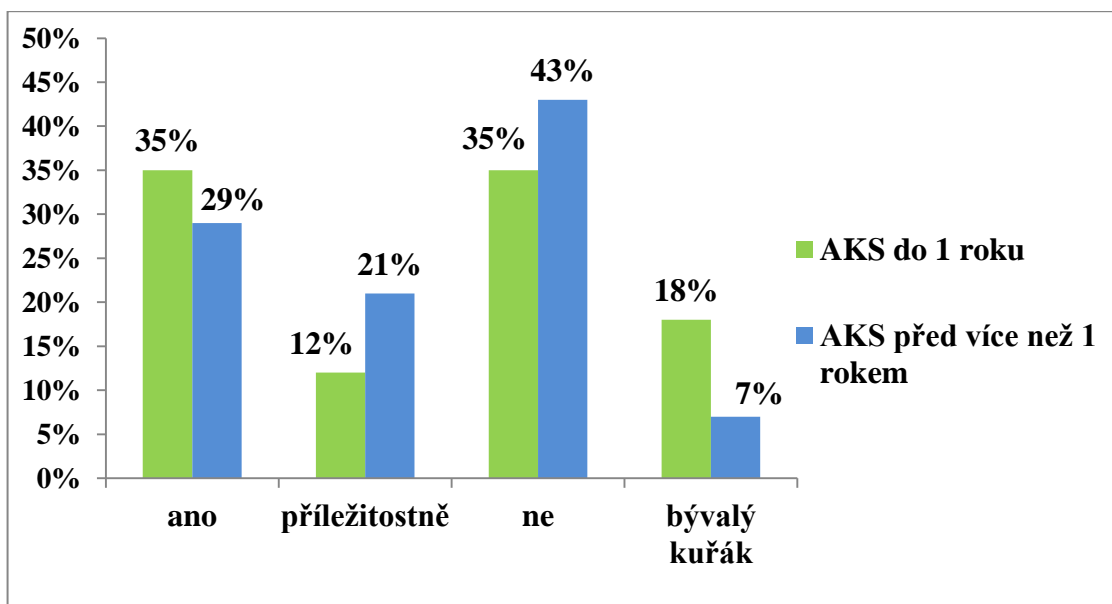


Do grafu 6 byly zaneseny všechny druhy pohybových aktivit, které respondenti uvedli. Druhy pohybových aktivit se u respondentů velmi podobaly.

Nejčastější pohybovou aktivitou byla chůze (procházky), kdy někteří respondenti uvedli, že chodí denně. Chůzi se věnují z obou skupin 4 (40 %) respondenti. Druhou nejčastější uváděnou pohybovou aktivitou byla práce na zahradě a v domácnosti, které se věnují 3 (30 %) respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem a 1 (10 %) ze skupiny po AKS do 1 roku. Běh uvedli 2 (20 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 1 (10 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Posilování se věnují 2 (20 %) respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem a 1 (10 %) ze skupiny po AKS do 1 roku. Jízdu na kole provozují 2 (20 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku.

Kouření

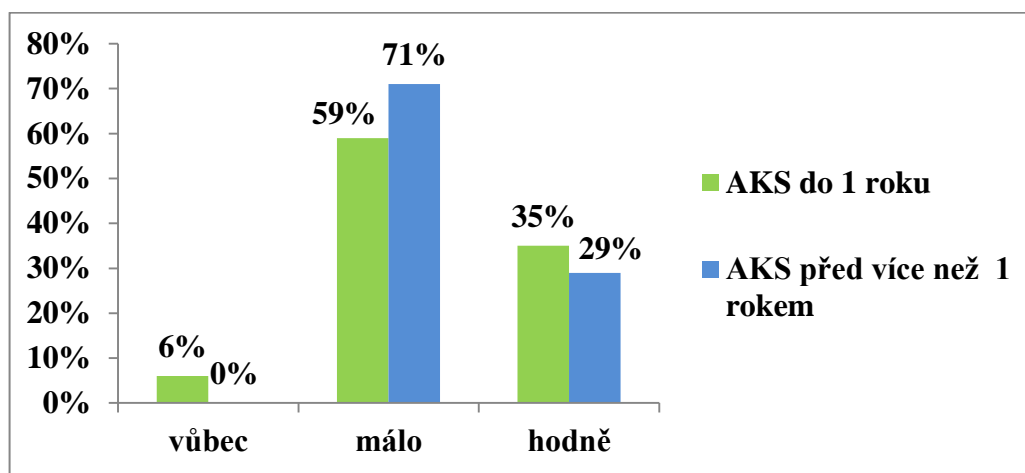
Graf 7 - Kouření



Největší podíl respondentů celkem uvedlo, že nekouří – 6 (35 %) ze skupiny po AKS do 1 roku a 6 (43 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Tři (18 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 1 (7 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem byli bývalí kuřáci. Doba, kterou uváděli bývalí kuřáci, že již nekouří, byla však u dvou respondentů kratší 6 měsíců, u dalších pak delší 10 let. Dále bylo ve skupině po AKS do 1 roku bohužel 6 (35 %) kuřáků a 2 (12 %) příležitostní kuřáci. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byli 4 (29 %) kuřáci a 3 (21 %) příležitostní kuřáci.

Solení

Graf 8 - Domníváte se, že solíte



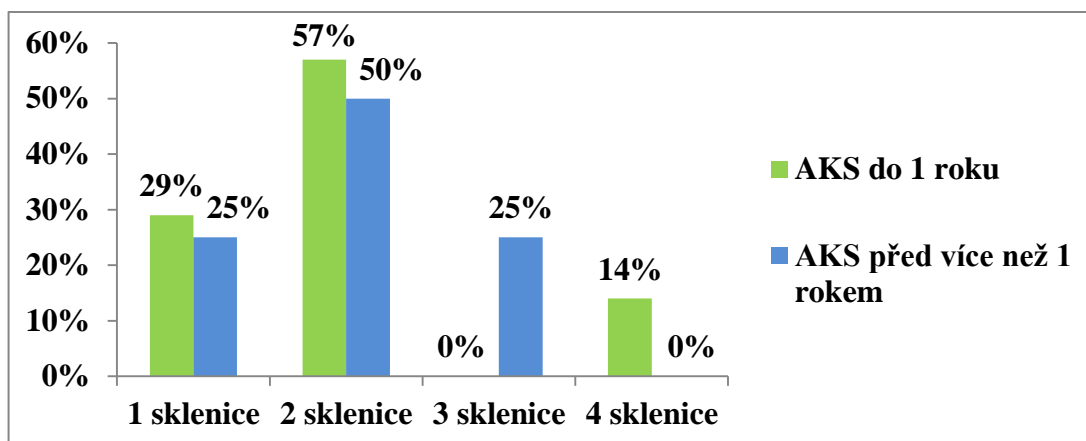
Pouze 1 respondent (6 %) ze skupiny po AKS do 1 roku uvedl, že nesolí vůbec. Většina se domnívá, že solí málo, a to 10 (59 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 10 (71 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Šest (35 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 4 (29 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem se domnívá, že solí hodně.

Alkohol

U otázky jak často pijete alkohol ze skupiny po AKS do 1 roku odpovědělo nejvíce respondentů 7 (41 %) týdně, 6 (35 %) měsíčně, 4 (24 %) nepijí vůbec a 1 (6 %) uvedl, že pije denně.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem uvedlo nejvíce respondentů 5 (36 %), že nepije vůbec, 4 (29 %) uvedli měsíčně a stejný počet týdně. Jeden respondent (7 %) uvedl, že pije alkohol denně.

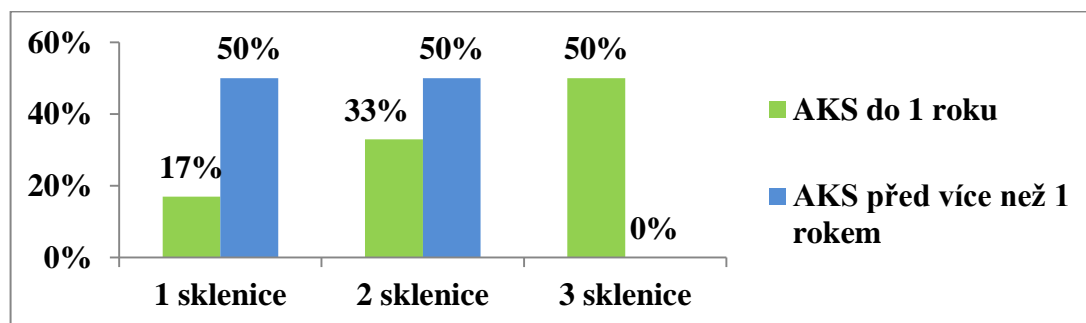
Graf 9 - Množství vypitého alkoholu týdně



Graf 9 shrnuje množství vypitého alkoholu respondentů, kteří odpověděli, že pijí alkohol týdně. Ve skupině po AKS do 1 roku pije alkohol týdně 7 (100%) respondentů a ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem 4 (100%) respondenti. Jedna standardní sklenice znamená půl litru piva, 2 dcl vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák), což odpovídá přibližně 16g alkoholu.

Nejvíce respondentů uvedlo 2 standardní sklenice – 4 (57 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 2 (50 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Dva (29 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 1 (25 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem pijí 1 sklenici týdně. Jeden (25 %) respondent ze skupiny po AKS před více než 1 rokem pije 3 sklenice týdně a 1 (14 %) ze skupiny po AKS do 1 roku uvedl 4 sklenice týdně.

Graf 10 - Množství vypitého alkoholu měsíčně



Graf 10 shrnuje množství vypitého alkoholu respondentů, kteří odpověděli, že pijí alkohol měsíčně. Ve skupině po AKS do 1 roku pije měsíčně 6 (100%) respondentů. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem pijí měsíčně 4 (100%) respondenti. Největší počet odpovědí celkem bylo 2 sklenice. Odpověděli tak 2 (33 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 2 (50 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Tři (50 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku uvedli 3 sklenice. Jeden (17 %) ze skupiny po AKS do 1 roku a 2 (50 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem pijí 1 sklenici měsíčně.

Všichni respondenti, kteří odpověděli, že pijí denně (z každé skupiny 1 respondent), uvedli jejich dávku alkoholu 1 standardní sklenici.

Stravovací návyky

V Tabulce 4 je znázorněno, jak často respondenti konzumují vybrané potraviny. Podle uváděných odpovědí je v jednotlivých polích tabulky 4 vždy uvedena absolutní četnost respondentů a v závorce relativní četnost v %. Kdy v zeleném řádku je zobrazena skupina po AKS do jednoho roku a v modrém řádku skupina po AKS před více než 1 rokem. Zkratka měs. v tabulce znamená měsíčně.

Slané pochutiny. Nejvíce respondentů 6 (35 %) ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo, že jí slané pochutiny méně než 1x měsíčně. Ze skupiny druhé po AKS před více než 1 rokem největší počet respondentů 5 (36 %) uvedlo konzumaci slaných pochutin 2-3x měsíčně.

Uzené, tavené, zrající a plísňové sýry. Ve skupině po AKS do 1 roku téměř polovina 7 (41 %) zaškrtnla konzumaci těchto typů sýru 2-3x měsíčně, 1 (6 %) respondent však uvedl konzumaci denní a 2 (14 %) 3-6x týdně. Ve skupině druhé po AKS uvedlo nejvíce respondentů 6 (43 %), že jí tyto sýry 1-2x týdně, ostatní v této skupině zaškrtnli konzumaci méně často.

Paštiky. Nejvíce respondentů 5 (29 %) ze skupiny po AKS do 1 roku zaškrtnlo konzumaci paštik 1x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem byla udávána konzumace paštik častěji, 4 (29 %) respondenti jedí paštiky 1-2x týdně a stejný počet 4 (29 %) respondentů jí paštiky 1x měsíčně.

Uzeniny. Z obou skupin uvedli 2 respondenti dokonce denní konzumaci uzenin. Nejvíce odpovědí ve skupině po AKS do 1 roku bylo 5 (29 %) u frekvence 2-3x měsíčně a ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem nejvíce respondentů 5 (36 %) uvedlo konzumaci uzenin 1-2x týdně.

Šunka. Nejvíce odpovědí ze skupiny po AKS do 1 roku byli 4 (24 %) u frekvence pouze 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé nejvíce respondentů 5 (36 %) uvedlo 1-2x týdně.

Tlačenka, jitrnice, jelito. U této kategorie byly počty odpovědí v jednotlivých frekvencích konzumace velmi podobné. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo 5 (29 %) respondentů, že tyto potraviny nejí nikdy, další 4 (24 %) méně než 1x měsíčně a 4 (24%) 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem uvedli 4 (29 %) respondenti konzumaci méně než 1x měsíčně a stejný počet respondentů 2-3x měsíčně.

Instantní potraviny. Největší část v obou skupinách uvedla, že tyto potraviny nejí nikdy. Ze skupiny po AKS do 1 roku 6 (35 %) a z druhé po AKS před více než 1 rokem také 6 (43 %) respondentů. Pouze 4 (24 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku uvedli častější konzumaci 1-2x týdně.

Konzervy a sterilované výrobky. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo 6 (35 %) respondentů frekvenci konzumace těchto potravin 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem byla četnost odpovědí u jednotlivých frekvencí vyrovnaná. Pět (36 %) respondentů uvedlo konzumaci 1x měsíčně, 4 (29 %) méně než 1x měsíčně a 5 (36 %) nikdy.

Marinované a uzené ryby, rybí konzervy a saláty. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo nejvíce respondentů 6 (35 %), že konzumují tento druh potravin 2-3x měsíčně. Ze skupiny po AKS před více než 1 rokem uvedla největší část 6 (43 %) respondentů, konzumaci méně než 1x měsíčně.

Červené maso. Skoro polovina 8 (47 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo, že konzumuje červené maso 1-2x týdně. Z druhé skupiny po AKS před více než 1 rokem uvedlo také nejvíce respondentů 5 (36 %) konzumaci červeného masa 1-2x týdně.

Bílé maso. Ze skupiny po AKS do 1 roku nejvíce respondentů 7 (41 %) uvedlo konzumaci bílého masa 1-2x týdně. Ze skupiny po AKS před více než 1 rokem uvedlo 5 (36 %) respondentů konzumaci 1-2x týdně a 5 (36 %) 2-3x měsíčně.

Ryby. Ve skupině po AKS do 1 roku bylo nejvíce odpovědí 5 (29 %) u četnosti pouze 2-3x měsíčně, jen 4 (24 %) respondenti uvedli konzumaci ryb 1-2x týdně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem tomu bylo podobně, kdy nejvíce respondentů 5 (36 %) uvedlo také 2-3x měsíčně, pouze 1 (7 %) respondent uvedl 1-2x týdně a 1 (7 %) denně.

Vnitřnosti. Tento druh potravin má v oblibě málo respondentů. Většina respondentů 9 (53 %) ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo, že vnitřnosti nikdy nekonzumují. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem také uvedla většina respondentů méně častou konzumaci. Čtyři (29 %) nekonzumují vnitřnosti nikdy, 4 (29 %) méně než 1x měsíčně a 4 (29 %) jednou měsíčně.

Smetana (i do kávy), šlehačka, sušené a kondenzované mléko, smetanové jogurty. Největší část respondentů uvedla, že tyto druhy konzumují 2-3x měsíčně. Uvedlo tak 6 (35 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 5 (36 %) respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Chléb a pečivo ze světlé mouky konzumuje téměř polovina respondentů denně, někteří i několikrát denně. Nejvíce odpovědí bylo u obou skupin denně – 7 (41 %) ve skupině po AKS do 1 roku a 6 (43 %) ve skupině po AKS před více než 1 rokem.

Chléb a pečivo z tmavé mouky. U této položky byli odpovědi různé, nejvíce respondentů celkem však uvedlo konzumaci 1-2x týdně. A to 4 (24 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 5 (36 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Pečivo jemné (šátečky, koblihy, koláče, dorty...). Nejvíce odpovědí celkem bylo u frekvence 1x měsíčně. Ze skupiny po AKS do 1 roku odpovědělo však nejvíce 5 (29 %) respondentů 1-2x týdně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem byli odpovědi velmi různorodé. Dva (14 %) respondenti uvedli, že konzumují jemné pečivo několikrát denně, 3 (21 %) 3-6x týdně, 2 (14 %) 2-3x měsíčně, 3 (18 %) 1x měsíčně, 2 (14 %) méně než 1 měsíčně a 3 (21 %) nikdy.

Vejce (samostatně jako pokrm). Ve skupině po AKS do 1 roku uvedli 4 (24 %) respondenti, že konzumují vejce 1-2x týdně, 4 (24 %) označili 2-3x měsíčně a další 4 (24 %) 1x měsíčně, zbytek uvedl méně často. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem uvedlo nejvíce respondentů 6 (43 %), že konzumují vejce 1x měsíčně.

Máslo. Ve skupině po AKS do 1 roku bylo nejvíce odpovědí 6 (35 %) denně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem nejvíce respondentů 5 (36 %) uvedlo 1-2x týdně.

Margarin. Většina respondentů v obou skupinách nepoužívá margarin nikdy. Ve skupině po AKS do 1 roku uvedlo, že nepoužívá margarin nikdy 10 (59 %) respondentů a ve skupině po AKS před více než 1 rokem 8 (57 %).

Mléko, kefír, jogurty do 4% tuku, tvaroh. Celkem bylo nejvíce odpovědí u konzumace denní. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo nejvíce respondentů 4 (24 %) konzumaci denní, ale také zároveň stejný počet 4 (24 %) konzumaci 2-3x měsíčně. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem uvedli 3 (21 %) respondenti konzumaci těchto potravin denně, 3 (21 %) 3-6x týdně a 3 (21 %) 1-2x týdně.

Nápoje typu kola, limonády, sirupy. Nejvíce respondentů celkem uvádělo, že nepijí tyto nápoje nikdy. Ve skupině po AKS do 1 roku je nepije nikdy 8 (47 %) respondentů a ve skupině po AKS před více než 1 rokem 6 (43 %). Vyskytli se ale i respondenti (ze skupiny po AKS před více než 1 rokem), kteří uvedli, že tyto nápoje pijí několikrát denně či denně.

Čokolády, bonbóny, jiné sladkosti (moučníky, sušenky). Nejvíce respondentů 5 (29 %) ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo odpověď 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem jedí 4 (29 %) respondenti tyto sladkosti 3-6x týdně a stejný počet respondentů 4 (29 %) uvedlo méně než 1 měsíčně.

Luštěniny. Nejvíce respondentů celkem z obou skupin uvádělo, že jedí luštěniny 2-3x měsíčně. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvedlo nejvíce respondentů 7 (41 %) 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem 5 (36 %) respondentů označilo odpověď 1-2x týdně a 5 (36 %) 2-3x měsíčně.

Těstoviny, rýže. Nejvíce respondentů celkem z obou skupin uvedlo, že jedí těstoviny a rýži 1-2x týdně. Ve skupině po AKS do 1 roku uvedla největší část 7 (41 %) respondentů konzumaci těchto potravin 2-3x měsíčně a 6 (35 %) 1-2x týdně. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem odpovědělo nejvíce respondentů 7 (50 %) 1-2x týdně.

Knedlíky. Ze skupiny po AKS do 1 roku uvádělo nejvíce respondentů 6 (35 %) konzumaci knedlíků 2-3x měsíčně. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem jí knedlíky nejvíce respondentů 5 (36 %) 3-6x týdně.

Brambory. Nejčastější odpovědí celkem byla frekvence 1-2x týdně. Ze skupiny po AKS do 1 roku tak odpovědělo 7 (41 %) respondentů a ze skupiny po AKS před více než 1 rokem 7 (50 %).

Rostlinné oleje. Ve skupině po AKS do 1 roku používá nejvíce respondentů 7 (41 %) rostlinné oleje 1-2x týdně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem uvedlo 5 (36 %) respondentů 1-2x týdně a 5 (36 %) 2-3x měsíčně.

Ovoce a zelenina. Ve skupině po AKS do 1 roku uvedlo 5 (29 %) respondentů, že konzumují ovoce a zeleninu denně, 5 (29 %) 3-6x týdně a 5 (29 %) 2-3x měsíčně. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem byla nejčastější odpověď 3-6x týdně, kterou uvedlo 5 (36 %) respondentů.

Ořechy a semena. Ve skupině po AKS do 1 roku uvedlo nejvíce respondentů 7 (41 %) konzumaci ořechů a semen pouze 1x měsíčně. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem uváděli respondenti častější konzumaci těchto potravin, nejčastější odpovědí byla 1-2x týdně, kterou označilo 5 (36 %) respondentů.

Tabulka 4 - Stravovací návyky

Zeleně- AKS do 1 roku	Několi- krát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měs.	1x měs.	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Modře- AKS před více než 1 rokem								
Slané pochutiny (chipsy, tyčinky, slané oříšky, atd.)				5 (29%)	2 (12%)	2 (12%)	6 (35%)	2 (12%)
				1 (7%)	5 (36%)	4 (29%)	3 (21%)	1 (7%)
Uzené, tavené, zrající a plísňové sýry (hermelín, romadúr, camembert, atd.)		1 (6%)	3 (18%)		7 (41%)	5 (29%)		1 (6%)
				6 (43%)	5 (36%)	2 (14%)	1 (7%)	
Paštiky			2 (12%)	2 (12%)	3 (18%)	5 (29%)	2 (12%)	3 (18%)
			1 (7%)	4 (29%)	2 (14%)	4 (29%)	1 (7%)	2 (14%)
Uzeniny (salámy, párky, uzené maso), klobásy, špekáčky, atd.		2 (12%)	3 (18%)	2 (12%)	5 (29%)	2 (12%)	3 (18%)	
		2 (14%)	1 (7%)	5 (36%)	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)	1 (7%)
Šunka		2 (12%)	3 (18%)	3 (18%)	4 (24%)	3 (18%)	2 (12%)	
			1 (7%)	5 (36%)	2 (14%)	1 (7%)	2 (14%)	3 (21%)
Tlačenka, jitrnice, jelíto				2 (12%)	4 (24%)	2 (12%)	4 (24%)	5 (29%)
				2 (14%)	4 (29%)	2 (14%)	4 (29%)	2 (14%)
Instantní potraviny (polévky, omáčky, čínské nudle, atd.)				4 (24%)	4 (24%)	1 (6%)	2 (12%)	6 (35%)
					1 (7%)	2 (14%)	5 (36%)	6 (43%)
Konzervy a sterilované výrobky				2 (12%)	6 (35%)	2 (12%)	3 (18%)	4 (24%)
						5 (36%)	4 (29%)	5 (36%)
Marinované a uzené ryby, rybí konzervy a saláty				4 (24%)	6 (35%)	3 (18%)	2 (12%)	2 (12%)
				2 (14%)	2 (14%)	1 (7%)	6 (43%)	3 (21%)

Zeleně- AKS do 1 roku	Několi-krát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měs.	1x měs.	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Modře- AKS před více než 1 rokem								
Červené maso (vepřové, hovězí, skopové, zvěřina)			3 (18%)	8 (47%)	4 (24%)	1 (6%)	1 (6%)	
		2 (14%)	2 (14%)	5 (36%)	3 (21%)	2 (14%)		
Bílé maso (drůbež, králík)			4 (24%)	7 (41%)	4 (24%)	2 (12%)		
				5 (36%)	5 (36%)	1 (7%)	3 (21%)	
Ryby				4 (24%)	5 (29%)	4 (24%)	2 (12%)	2 (12%)
			1 (7%)	1 (7%)	5 (36%)	2 (14%)	4 (29%)	1 (7%)
Vnitřnosti (játra, dršťky, mozeček)					5 (29%)		3 (18%)	9 (53%)
					2 (14%)	4 (29%)	4 (29%)	4 (29%)
Smetana (i smetana do kávy), šlehačka, sušené a kondenzované mléko, smetanové jogurty			3 (18%)	2 (12%)	6 (35%)		3 (18%)	3 (18%)
				2 (14%)	5 (36%)	3 (21%)		4 (29%)
Chléb a pečivo ze světlé mouky	2 (12%)	7 (41%)	1 (6%)	2 (12%)	2 (12%)			3 (18%)
	2 (14%)	6 (43%)	2 (14%)			2 (14%)		2 (14%)
Chléb a pečivo z tmavé mouky	2 (12%)	2 (12%)	3 (18%)	4 (24%)	4 (24%)			2 (12%)
		3 (21%)		5 (36%)	2 (14%)		2 (14%)	2 (14%)
Pečivo jemné (šátečky, koblihy), koláče, dorty, atd.)		2 (12%)		5 (29%)	3 (18%)	4 (24%)		3 (18%)
	2 (14%)		3 (21%)		2 (14%)	3 (21%)	3 (21%)	2 (14%)

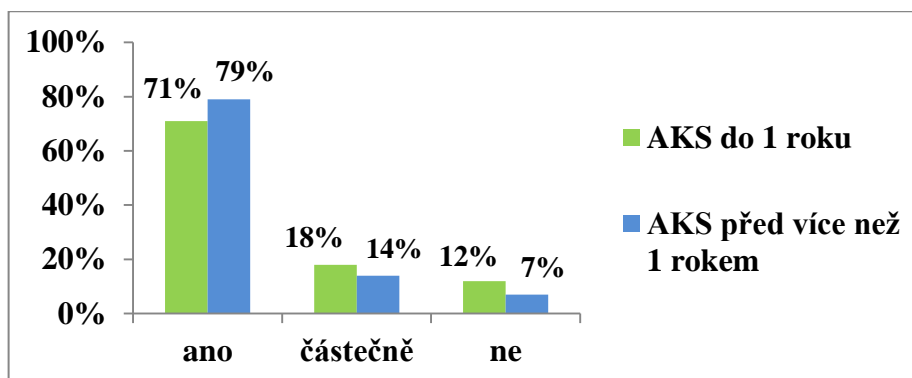
Zeleně- AKS do 1 roku	Několi- krát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měs.	1x měs.	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Modře- AKS před více než 1 rokem								
Vejce (samostatně jako pokrm)				4 (24%)	4 (24%)	4 (24%)	3 (18%)	2 (12%)
				3 (21%)	5 (36%)	6 (43%)		
Máslo		6 (35%)	3 (18%)	2 (12%)	3 (18%)	3 (18%)		
	2 (14%)	3 (21%)	2 (14%)	5 (36%)			1 (7%)	1 (7%)
Margarin			4 (24%)	1 (6%)	2 (12%)			10 (59%)
	2 (14%)	2 (14%)					2 (14%)	8 (57%)
Mléko, kefír, jogurty do 4 % tuku, tvaroh		4 (24%)	2 (12%)	3 (18%)	4 (24%)	2 (12%)	2 (12%)	
		3 (21%)	3 (21%)	3 (21%)		1 (7%)	2 (14%)	2 (14%)
Nápoje typu kola, limonády, sirupy			2 (12%)	1 (6%)	2 (12%)	4 (24%)		8 (47%)
	2 (14%)	2 (14%)				2 (14%)	2 (14%)	6 (43%)
Čokolády, bonbóny, jiné sladkosti (moučníky, sušenky)			2 (12%)	4 (24%)	5 (29%)	2 (12%)	2 (12%)	2 (12%)
	2 (14%)		4 (29%)	2 (14%)			4 (29%)	2 (14%)
Luštěniny (hrách, čočka, fazole, cizrna, sója)				2 (14%)	7 (41%)	3 (18%)	2 (12%)	3 (18%)
				5 (36%)	5 (36%)	2 (14%)	2 (14%)	
Těstoviny, rýže			2 (12%)	6 (35%)	7 (41%)	2 (12%)		
			2 (14%)	7 (50%)	3 (21%)		2 (14%)	
Knedlíky (houškové, bramborové)			2 (12%)	4 (24%)	6 (35%)		3 (18%)	2 (12%)
			5 (36%)	3 (21%)	2 (14%)	2 (14%)		2 (14%)
Brambory			6 (35%)	7 (41%)	4 (24%)			
			4 (29%)	7 (50%)	3 (21%)			
Rostlinné oleje (řepkový, olivový, slunečnicový)		4 (24%)	2 (12%)	7 (41%)	2 (12%)		2 (12%)	
			3 (21%)	5 (36%)	5 (36%)	1 (7%)		

Zeleně- AKS do 1 roku	Několi- krát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měs.	1x měs.	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Modře- AKS před více než 1 rokem								
Ovoce a zelenina		5 (29%)	5 (29%)	1 (6%)	5 (29%)	1 (6%)		
	2 (14%)	3 (21%)	5 (36%)	3 (21%)	1 (7%)			
Ořechy a semena				2 (12%)	2 (12%)	7 (41%)	3 (18%)	3 (18%)
			3 (21%)	5 (36%)	3 (21%)	1 (7%)		2 (14%)

Znalosti respondentů o vhodných změnách životního stylu

Informovanost v nemocnici o vhodných změnách životního stylu

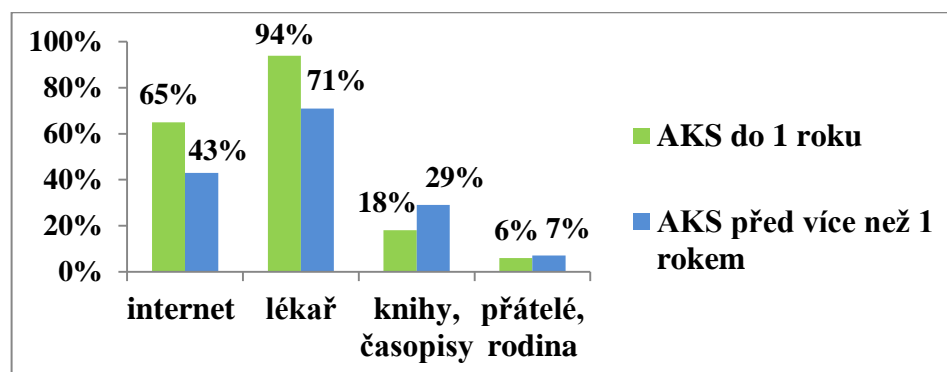
Graf 11 - Byl jste v nemocnici dostatečně informován o vhodných změnách životního stylu?



Velká většina si myslí, že byla informována dostatečně. Uvedlo tak 12 (71 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 11 (79 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Ve skupině po AKS do 1 roku pak označili pouze 3 (18 %) částečně a 2 (12%) ne. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem tomu bylo podobně, kdy 2 (14 %) respondenti označili částečně a 1 (7 %) ne.

Z jakých zdrojů respondenti čerpají informace o své nemoci

Graf 12 - Z jakých zdrojů čerpáte informace o své nemoci?



V této otázce mohli respondenti volit více odpovědí, proto je každá položka vyhodnocena zvlášť.

Lékař. Nejvíce respondentů čerpá informace od svého lékaře, uvedlo tak 16 (94 %) respondentů ze 17 ve skupině po AKS do 1 roku a 10 (71 %) ze 14 respondentů ve skupině po AKS před více než 1 rokem.

Internet. Ve skupině po AKS do 1 roku z internetu čerpá informace 11 (65 %) respondentů ze 17. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem internet používá 6 (43 %) respondentů ze 14.

Knihy, časopisy. Z těchto zdrojů ve skupině po AKS do 1 roku čerpají pouze 3 (18 %) respondenti ze 17. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem uvedli tento zdroj 4 (29 %) respondenti ze 14.

Přátele, rodina. Ve skupině po AKS do 1 roku tento zdroj označil pouze 1 (6 %) respondent ze 17 a ve skupině po AKS před více než 1 rokem také 1 (7 %) respondent ze 14.

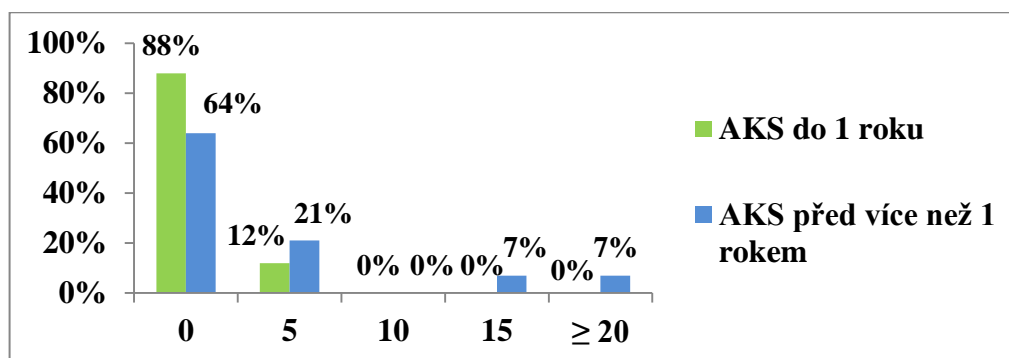
Znalost ideální hodnoty BMI

Ve skupině po AKS do 1 roku většina respondentů 12 (70 %) neodpověděla nic, předpokládám neznalost. Dva (12%) respondenti odpověděli špatně a 3 (18 %) napsali jedno číslo, kterým se trefili do správného rozmezí ideální hodnoty BMI tedy $18,5 \text{ kg/m}^2 - 24,9 \text{ kg/m}^2$.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byla znalost BMI o trochu lepší. Sedm (50 %) respondentů neodpovědělo nic. Jeden (7 %) respondent odpověděl špatně a 6 (43 %) jich odpovědělo správně, kdy 4 respondenti napsali opět jedno číslo, kterým se trefili do správného rozmezí a 2 respondenti napsali rozmezí 20-25.

Znalosti o kouření

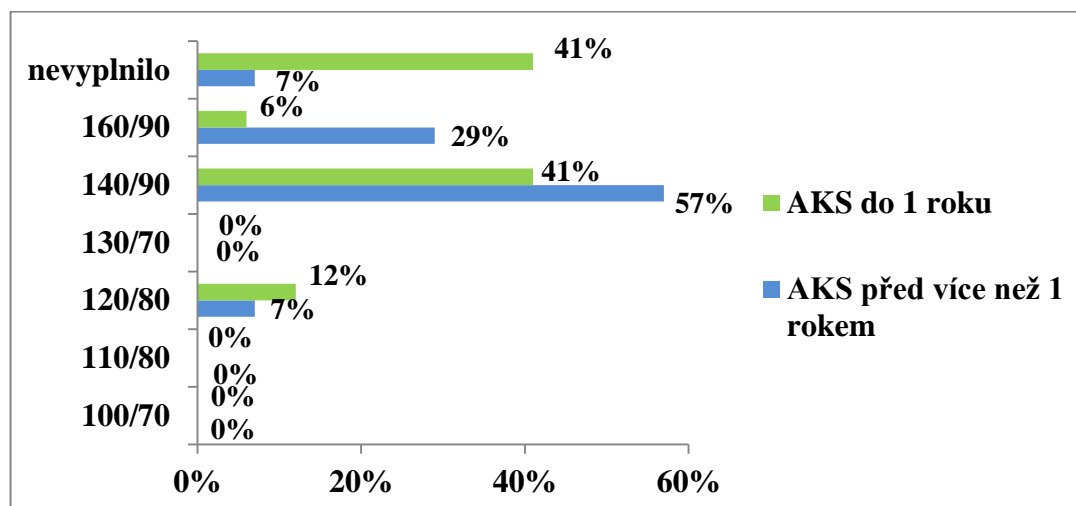
Graf 13 - Kolik cigaret mohu denně vykouřit, aby to bylo bezpečné?



Většina respondentů na tuto odpověď odpověděla správně 0, ale našli se i respondenti, kteří si myslí, že je bezpečné kouřit např. 5 i více cigaret denně. Ze skupiny po AKS do 1 roku správnou odpověď znalo 15 (88 %) respondentů a 2 (12 %) považovali za bezpečné kouřit 5 cigaret denně. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem odpovědělo správně 9 (64 %) respondentů, 3 (21 %) považují za zdraví neškodné 5 cigaret denně, 1 (7 %) 15 cigaret denně a 1 (7 %) dokonce ≥ 20 denně.

Znalosti o cílových hodnotách léčby hypertenze

Graf 14 - Víte, od jaké hodnoty mluvíme o arteriální hypertenzi (vysokém krevním tlaku)?

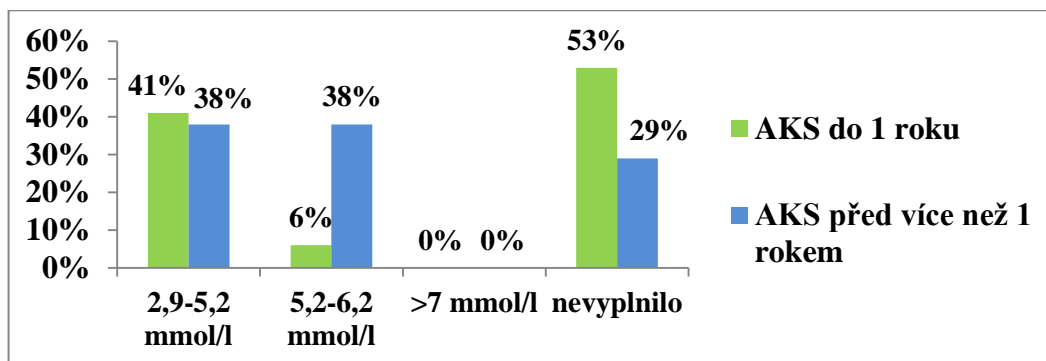


Ve skupině po AKS do 1 roku vědělo hodnoty hypertenze 7 (41 %) respondentů, ale také stejný počet 7 (41 %) respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Další odpověděli špatně, 2 (12 %) respondent si myslí, že je hypertenze od 120/80 mm Hg a 1 (6 %) od 160/90 mm Hg.

Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem vědělo správné hodnoty 8 (57 %) respondentů, 1 (7 %) neodpověděl, 1 (7 %) odpověděl 120/80 mm Hg a 4 (29 %) 160/90 mm Hg.

Znalosti hodnot celkového cholesterolu

Graf 15 - Znalost ideální hodnoty celkového cholesterolu

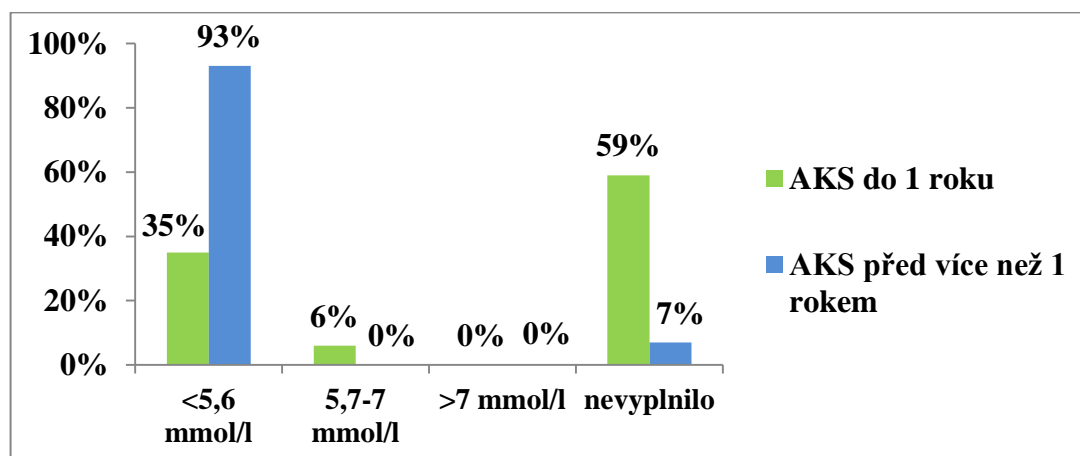


Ve skupině po AKS do 1 roku většina respondentů 9 (53 %) neodpovědělo, zřejmě z neznalosti. Sedm (41 %) respondentů odpovědělo správně 2,9-5,2 mmol/l a 1 (6 %) odpověděl špatně 5,2-6,2 mmol/l.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem vědělo ideální hodnoty celkového cholesterolu 5 (38 %) respondentů, ale zároveň stejný počet respondentů odpovědělo špatně 5,2-6,2 mmol/l. Čtyři (29 %) respondenti otázku nevyplnili vůbec.

Znalosti hodnot ideální glykémie nalačno

Graf 16 - Znalost respondentů ideální hodnoty glykémie nalačno



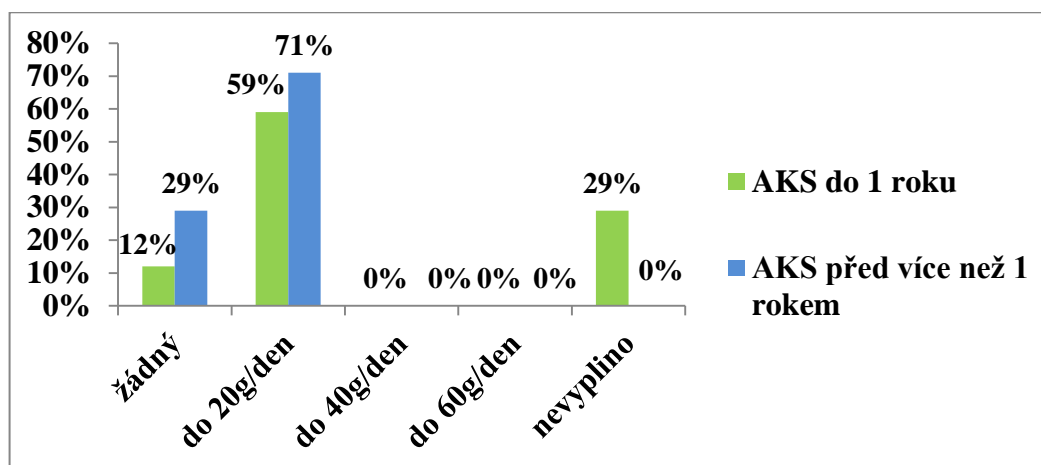
Ze skupiny po AKS do 1 roku většina 10 (59 %) respondentů otázku nevyplnila, zřejmě neznala odpověď. Správné hodnoty glykémie nalačno vědělo pouze 6 (35 %) respondentů. Jeden (6 %) respondent odpověděl špatně.

Ve skupině po AKS překvapivě až na jednoho (7 %) respondenta, který otázku nevyplnil, věděli tyto hodnoty všichni respondenti 13 (93 %).

Ti, kteří uvedli, že jsou diabetici, věděli správnou odpověď všichni kromě jednoho respondenta ze skupiny po AKS do 1 roku.

Znalosti maximální denní doporučené dávky alkoholu

Graf 17 - Znalost maximální denní doporučené dávky alkoholu

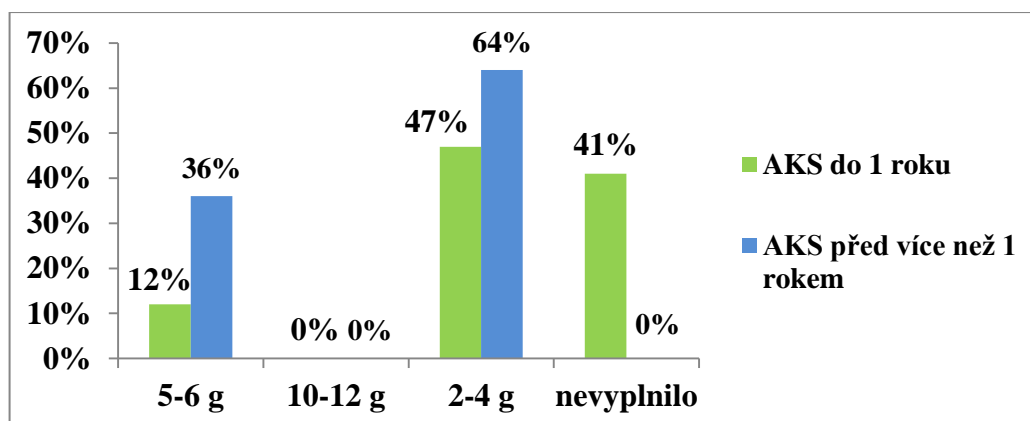


Většina respondentů si je vědoma správné maximální denní doporučené dávky alkoholu. Ze skupiny po AKS do 1 roku vědělo otázku 10 (59 %) respondentů a 2 (12 %) uvedli žádný alkohol. Pět (29 %) respondentů otázku nevyplnilo.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem odpovědělo správně 10 (71 %) respondentů a 4 (29 %) odpověděli žádný.

Znalosti maximální denní doporučené dávky soli

Graf 18 - Znalost respondentů maximální denní doporučené dávky kuchyňské soli

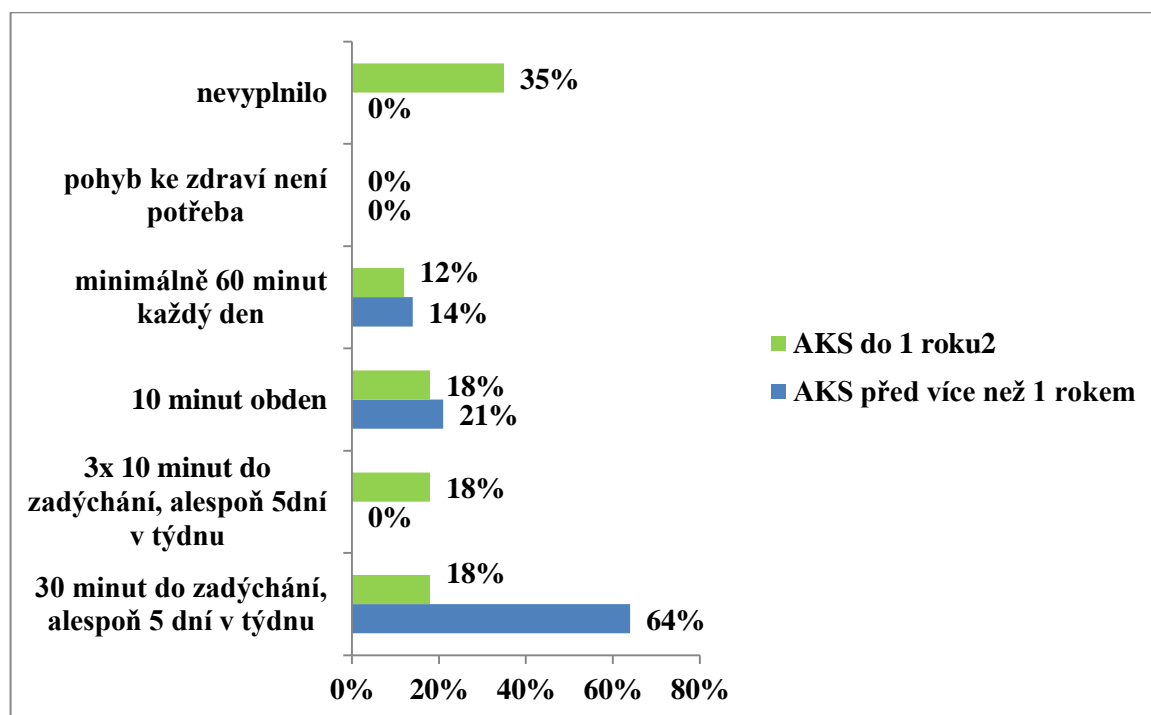


Nejvíce respondentů si myslí, že maximální denní doporučená dávka kuchyňské soli je menší než ve skutečnosti, a to 2-4 g. Tuto odpověď zvolilo 8 (47 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 9 (64 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Správnou odpověď 5-6g uvedli pouze 2 (12 %) respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku a 5 (36 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Velký počet respondentů 7 (41 %) ve skupině po AKS do 1 roku neodpověděl.

Znalosti o pohybové aktivitě

Graf 19 - Znalost respondentů jaké minimum pohybu týdně má pozitivní vliv na zdraví



Ve skupině po AKS do 1 roku opět někteří respondenti 6 (35 %) otázku nevyplnili, pravděpodobně neznali odpověď. Tuto otázku věděli pouze 3 (18 %) respondenti – 30 minut do zadýchání, alespoň 5 dní v týdnu. Dále 3 (18 %) respondenti volili odpověď 3x 10 minut do zadýchání, alespoň 5 dní v týdnu, 3 (18 %) 10 minut obden a 2 (12 %) minimálně 60 minut každý den.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem na rozdíl od skupiny první, většina respondentů 9 (64 %) zná jaké je minimum pohybu týdně, které má již pozitivní vliv na zdraví. Pouze 3 (21 %) respondenti si myslí, že stačí 10 minut obden a 2 (14 %) naopak 60 minut každý den.

Motivace, připravenost

Změny, které jsou respondenti nejvíce připravení zavést do svého života

Tabulka 5 - Změny, které jsou respondenti nejvíce připravení zavést do svého života

Počty odpovědí		
	AKS do 1 roku	AKS před více než 1 rokem
omezit příjem soli	4/17	5/14
snížit příjem sladkostí, cukrovinek, moučníků	7/17	7/14
nekouřit	5/17	4/14
mít normální váhu	10/17	8/14
vyvarovat se stresu	5/17	11/14
snížit příjem živočišných tuků	2/17	5/14
provozovat pravidelně fyzickou aktivitu	10/17	10/14

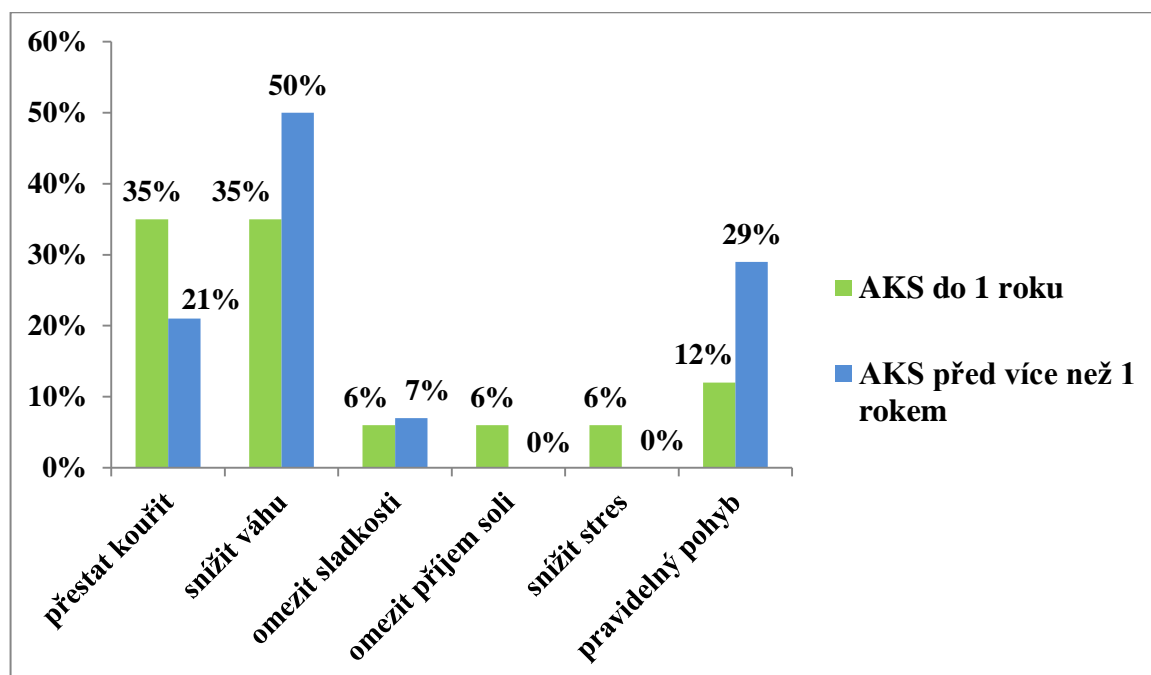
Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí, proto se součet položek nerovná počtu respondentů. Někteří respondenti zaškrtnuli i všechny odpovědi.

Ve skupině po AKS do 1 roku jsou respondenti nejvíce připraveni mít normální váhu a provozovat fyzickou aktivitu. Deset (59 %) respondentů uvedlo, že je připraveno mít normální váhu a zároveň stejný počet 10 (59 %) respondentů provozovat fyzickou aktivitu. Snížit příjem sladkostí, cukrovinek, moučníků je připraveno 7 (41 %) respondentů. Vyvarovat se stresu je připraveno jen 5 (29 %) respondentů. Nekouřit je připraveno také 5 (29 %) respondentů, i přesto, že v této skupině je 6 kuřáků a 2 příležitostní. A nejméně respondentů 4 (24 %) je připraveno omezit příjem soli a 2 (12 %) snížit příjem živočišných tuků.

Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem nejčastěji respondenti uváděli být připraveni vyvarovat se stresu, což uvedlo 11 (79 %) respondentů. Dále velmi častou odpovědí bylo provozovat pravidelnou aktivitu, kterou volilo 10 (71 %) respondentů a mít normální váhu, kterou je připraveno mít 8 (57 %) respondentů. Snížit příjem sladkostí, cukrovinek, moučníků je připraveno 7 (50 %) respondentů. Omezit příjem soli a snížit příjem živočišných tuků je ochotno zavést do svého života 5 (36 %) respondentů. Nekouřit jsou připraveni 4 (28 %) respondenti, v této skupině jsou 4 kuřáci a 3 příležitostní.

Změny, o kterých respondenti uvažují nejvíce

Graf 20 - O jaké změně respondenti uvažují nejvíce



V dotazníku na motivaci ke změně u otázky číslo 2 měli respondenti vypsát změnu, o které uvažují nejvíce. V Grafu 20 jsou uvedeny všechny změny, které respondenti udávali. Celkově respondenti nejvíce uváděli snížit váhu.

Ve skupině po AKS do 1 roku uvedli všichni respondenti 6 (35 %), kteří kouří, že chtějí přestat kouřit. Šest (35 %) respondentů uvedlo, že chce nejvíce snížit váhu, 2 (12 %) chtějí zařadit hlavně pravidelný pohyb, 1 (6 %) chce omezit sladkosti, 1 (6 %) omezit příjem soli a 1 (6 %) snížit stres.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem chce nejvíce respondentů 7 (50 %) snížit váhu, 4 (29 %) chtějí začít s pravidelným pohybem, 3 (21 %) respondenti chtějí nejvíce přestat kouřit, i přesto, že ve skupině jsou kuřáci 4 a 1 (7 %) respondent chce nejvíce omezit sladkosti.

Dále měli respondenti v dotazníku 12 položek, které se týkaly změny, o které uvažují respondenti nejvíce (změny uvedeny v Grafu 20). Na těchto 12 položek respondenti odpovídali pomocí Likertovy škály od 0 do 10, kdy 0 značila určitě ne a 10 určitě ano.

V Tabulce 6 jsou vneseny výsledné koeficienty všech respondentů k jednotlivým položkám. Výsledný koeficient byl vypočítán pomocí aritmetického průměru ze všech odpovědí respondentů k jednotlivým položkám.

Tabulka 6 - Dotazník motivace ke změně

	AKS do 1 roku	AKS před více než 1 rokem
1. Chci této změny dosáhnout.	10	9
2. Mohl(a) bych této změny dosáhnout.	9	8
3. Mám mnoho dobrých důvodů, abych této změny dosáhl.	9	8
4. Musím této změny dosáhnout.	10	8
5. Mám v úmyslu této změny dosáhnout.	10	8
6. Snažím se této změny dosáhnout.	9	8
7. Doufám, že této změny dosáhnu.	9	8
8. Mohu této změny dosáhnout.	9	9
9. Je pro mě důležité, abych této změny dosáhl(a).	9	9
10. Potřebuji této změny dosáhnout.	10	9
11. Dosáhnu této změny.	8	8
12. Číním konkrétní kroky, abych této změny dosáhl	9	8
Průměrná odpověď celkem	9	8

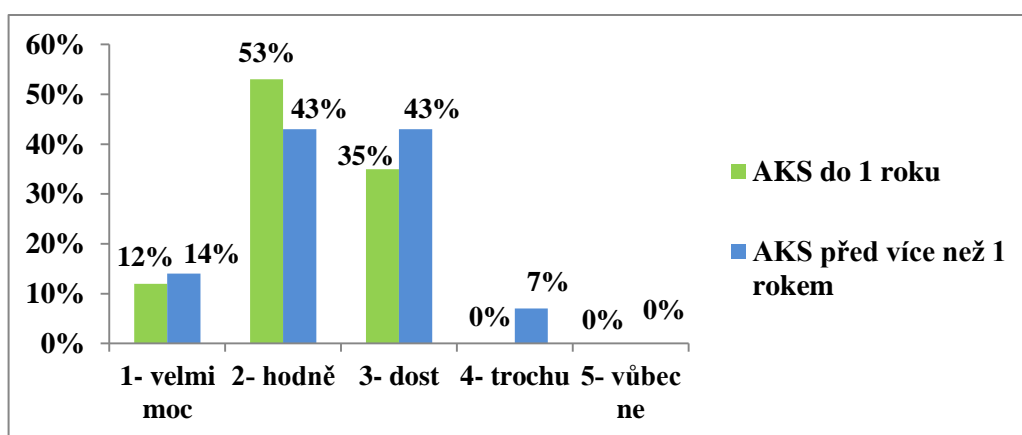
V položce 1 ve skupině po AKS do 1 roku byla průměrná odpověď **10**, ve skupině po AKS před více než 1 rokem **9**. V položce 2 a 3 ve skupině po AKS do 1 roku byl výsledný koeficient **9** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem **8**. V položce 4 a 5 byla ve skupině po AKS do 1 roku průměrná odpověď **10** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem **8**. V položce 6 a 7 ve skupině po AKS do 1 roku byl výsledný koeficient **9** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem opět **8**. V položce 8 a 9 měli obě skupiny výsledný koeficient úplně stejný a to **9**. V položce 10 ve skupině po AKS do 1 roku byla průměrná odpověď **10** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem **9**. V položce 11 byl výsledný koeficient u obou skupin stejný, a to **8**. V položce 12 ve skupině po AKS do 1 roku byla průměrná odpověď **9** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem **8**. Průměrná odpověď celkem ze všech 12 položek byla ve skupině po AKS do 1 roku **9** a ve skupině po AKS před více než 1 rokem **8**.

Faktory ovlivňující motivaci

Na následující otázky respondenti odpovídali pomocí škály od 1 do 5, kdy byli body (1-5) rozvrženy tak, aby nejmenší počet bodů značil motivovanost největší a nejvyšší počet bodů motivaci nejmenší. Graf 37 shrnuje celkové skóre bodů ze všech otázek, na které respondenti odpovídali škálou od 1 do 5.

Nadcházející otázka číslo 3 se skládala ze 4 výroků, na které respondenti odpovídali pomocí škály od 1-5 podle toho na kolik s daným výrokem souhlasili. Jednotlivé výroky jsou vyhodnoceny zvlášť v grafech 21, 22, 23 a 24. V příloze 3 je graf 38, který shrnuje body celkem ze všech 4 výroků otázky číslo 3.

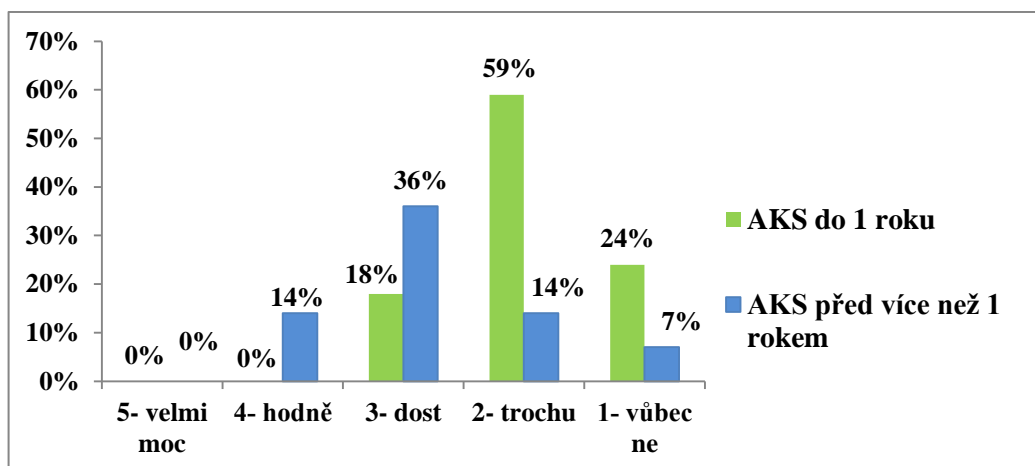
Graf 21 - Ve svých rozhodnutích jsem vytrvalý/á



Na tento výrok respondenti v obou skupinách odpovídali podobně. Ve skupině po AKS do 1 roku nejvíce respondentů 9 (53 %) volili bod 2 - hodně. Šest (35 %) respondentů volilo střední cestu 3 - dost a 2 (12 %) zvolili nejmenší bod 1 - velmi moc. Žádný respondent z této skupiny nezvolil body 4 a 5.

Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem 6 (43 %) respondentů odpovědělo 2 - hodně a stejný počet respondentů také 3 - dost. Dva (14 %) volili odpověď 1 - velmi moc a 1 (7 %) 4 - trochu. V obou skupinách téměř nikdo nevolil body 4 a 5, což značí, že jsou všichni respondenti ve svých rozhodnutích přinejmenším 3 - dost vytrvalí.

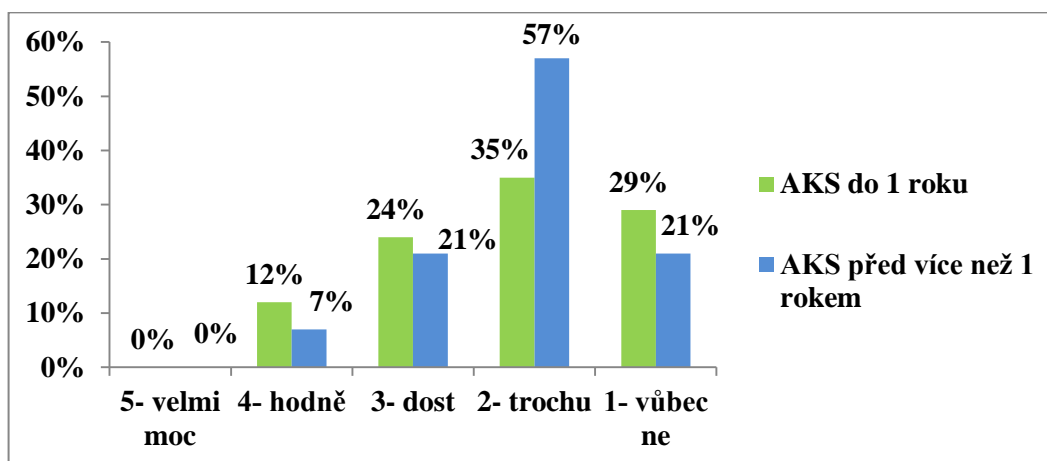
Graf 22 - Často nedotáhnu věci do konce



Ve skupině po AKS do 1 roku na tento výrok většina respondentů 10 (59 %) volila bod 2 - trochu. Nejnižší bod 1 značící, že tento výrok pro respondenty vůbec neplatí, zvolili 4 (24 %) respondenti a 3 (18 %) zvolili na škále bod 3 - dost. Body 4 a 5 opět nikdo neodpověděl.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem zvolilo nejvíce respondentů 5 (36 %) bod 3 - dost. Dva (14 %) zvolili bod 2 - trochu a stejný počet respondentů volil bod 4 - hodně. U 1 (7 %) respondenta tento výrok vůbec neplatí, zvolil bod 1 - vůbec ne.

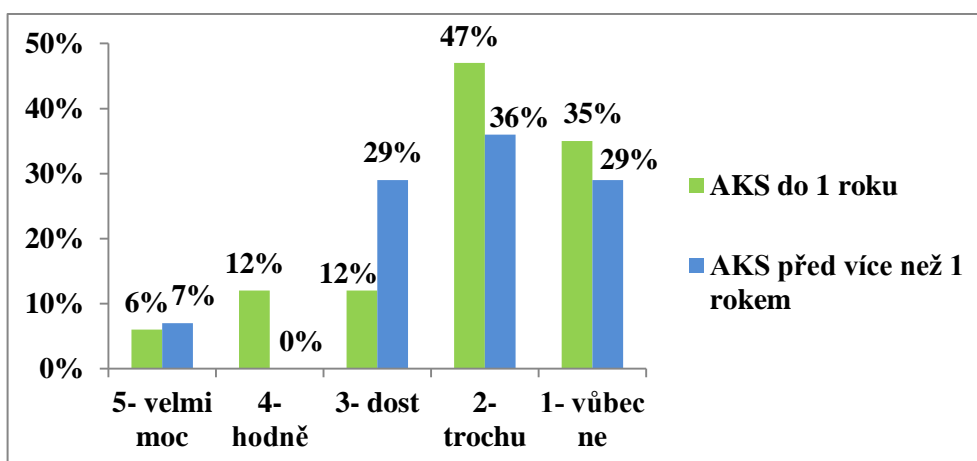
Graf 23 - Myslím, že nevydržím dlouho dodržovat dietní opatření



Ve skupině po AKS do 1 roku byly odpovědi vyrovnané. Šest (35 %) respondentů volilo bod 2 - trochu, 5 (29 %) bod 1 - vůbec ne, 4 (24 %) bod 3 - dost a 2 (12 %) bod 4 - hodně.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem volilo nejvíce respondentů 9 (57 %) bod 2 - trochu, 3 (21 %) bod 1 - vůbec ne, stejný počet 3 (21 %) bod 3 - dost a 1 (7 %) respondent bod 4 - hodně.

Graf 24 - Myslím, že nevydržím dlouho provozovat pravidelně fyzickou aktivitu

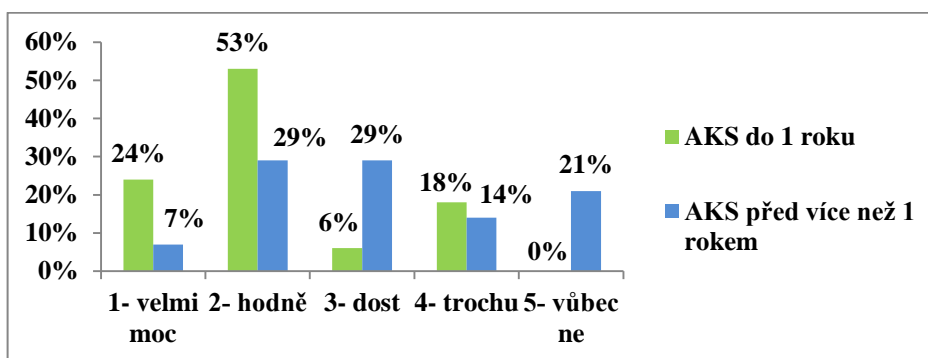


Z grafu lze vidět, že většina respondentů si spíše nemyslí, že by nevydržela provozovat pravidelně fyzickou aktivitu, což je skvělé. Ve skupině po AKS do 1 roku volilo nejvíce respondentů 8 (47 %) bod 2 - trochu, 6 (35 %) bod 1 - vůbec ne, 2 (12 %) bod 3 - dost, stejný počet 2 (12%) bod 4 - hodně a pouze 1 (6 %) bod 5 - velmi moc.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem zvolilo nejvíce respondentů 5 (36 %) také bod 2 - trochu, 4 (29 %) bod 1 - vůbec ne, 4 (29 %) bod 3 - dost a 1 (7 %) bod 5 - velmi moc. Respondent v této skupině, který odpověděl bod 5, ale slovně doplnil, že pohybovou aktivitu mu již zdraví nedovolí.

Další otázka číslo 4 se skládá z 3 výroků, na které měli respondenti odpovídat dle své nejbližší zkušenosti k nim opět pomocí škály od 1 do 5. Jednotlivé výroky jsou vyhodnoceny zvlášť v grafech 25, 26, 27. Počet bodů celkem ze všech tří výroků otázky číslo 4 je vyhodnoceno v grafu 39, který naleznete v příloze 3.

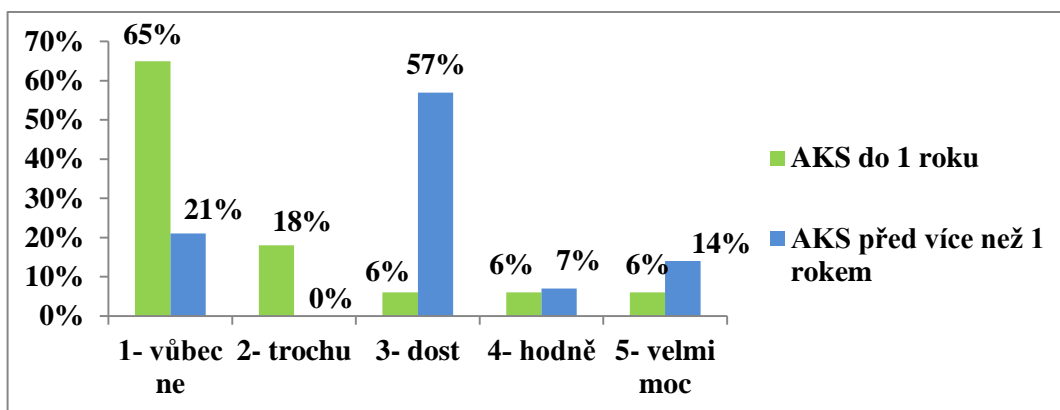
Graf 25 - Jsem nespokojen se svým zdravotním stavem a chci pro to něco udělat



Ve skupině po AKS do 1 roku nejvíce respondentů 9 (53 %) volilo bod 2 - hodně, 4 (24 %) bod 1 - velmi moc, 3 (18 %) bod 4 - trochu a 1 (6 %) bod 3 - dost.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem zvolili 4 (29 %) respondenti bod 2 - hodně, 4 (29 %) bod 3 - dost, 2 (14 %) bod 4 - trochu, 1 (7 %) bod 1 - velmi moc a 3 (21 %) respondenti s tímto výrokem vůbec nesouhlasí.

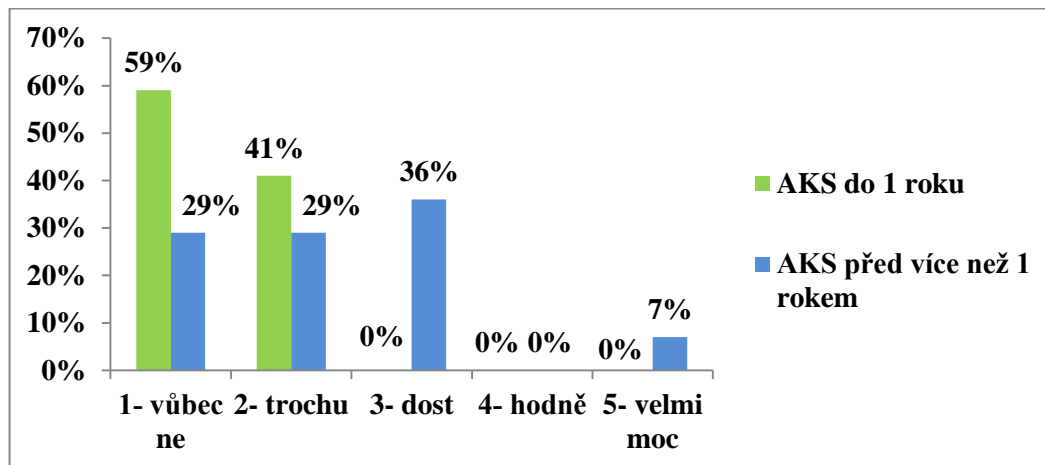
Graf 26 - Myslím, že změna životního stylu můj zdravotní stav nezlepší



Ve skupině po AKS do 1 roku většina respondentů 11 (65 %) s tímto výrokem nesouhlasí, a proto volili bod 1 - vůbec ne. Tři (18 %) zvolili bod 2- trochu, 1 (6 %) bod 3 - dost a stejný počet respondentů 1 (6 %) volil také bod 4 - hodně a bod 5 - velmi moc.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem většina respondentů 9 (57 %) volila až střední bod 3 - dost, 3 (21 %) bod 1 - vůbec ne, 2 (14 %) respondenti si opravdu myslí, že změna životního stylu zdravotní stav nezlepší, protože volili bod 5 - velmi moc a 1 (7 %) respondent volil bod 4 - hodně.

Graf 27 - Svůj zdravotní stav neřeším

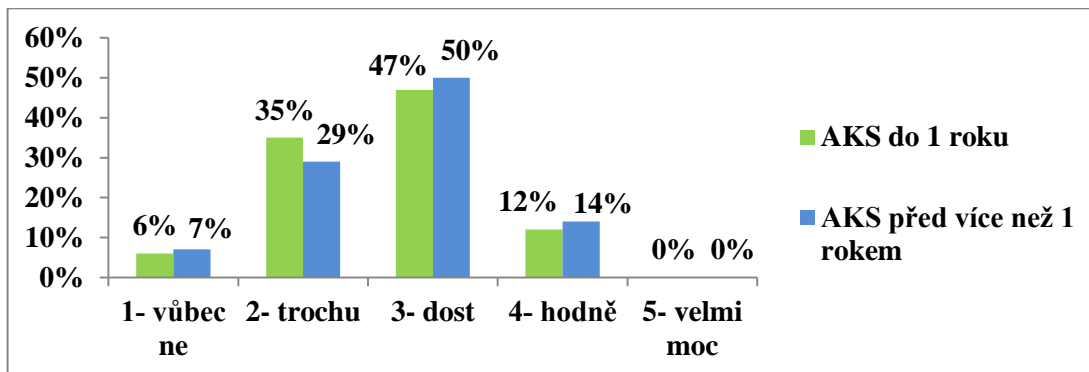


Ve skupině po AKS do 1 roku většina respondentů 10 (59%) zvolila bod 1 - vůbec ne, takže s výrokem plně nesouhlasí a 7 (41 %) respondentů bod 2 - trochu. Takže se dá říct, že v této skupině svůj zdravotní stav řeší.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem to bylo horší, nejvíce respondentů 5 (36%) zvolilo bod 3 - dost, 4 (29 %) bod 1 - vůbec ne, 4 (29 %) bod 2 - trochu a 1 (7 %) respondent volil bod 5 - velmi moc, který zřejmě svůj zdravotní stav neřeší vůbec.

Následující otázka číslo 5 se skládala ze 4 aktivit, na které měli respondenti odpovídat dle toho, jak jsou pro respondenty důležité pomocí škály od 1 do 5. Každá aktivita je vyhodnocena zvlášť v grafech 28, 29, 30. Počet bodů celkem ze všech aktivit otázky číslo 5 je vyhodnoceno v grafu 40, který naleznete v příloze 3.

Graf 28 - Jak je pro Vás důležité jíst?



Ve skupině po AKS do 1 roku nejvíce respondentů 8 (47 %) volilo bod 3 - dost, 6 (35 %) bod 2 - trochu, 2 (12 %) bod 4 - hodně a 1 (6 %) bod 1 - vůbec ne.

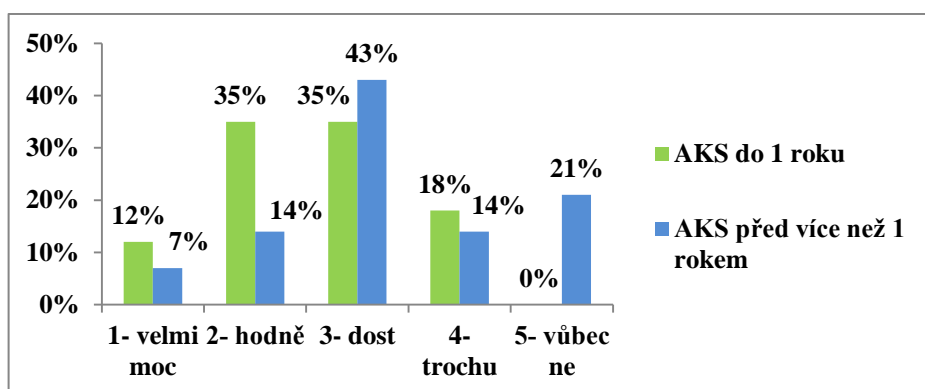
Ve skupině po AKS před více než 1 rokem volilo nejvíce respondentů 7 (50 %) také bod 3 - dost, 4 (29 %) bod 2 - trochu, 2 (14 %) bod 4 - hodně a 1 (7 %) bod 1 - vůbec ne.

Jak je pro Vás důležité kouření?

Na otázku jak je pro Vás důležité kouření, volili všichni nekuřáci pochopitelně bod 1 - vůbec ne. Ve skupině po AKS do 1 roku bylo 6 (35 %) kuřáku. Důležitost kouření ohodnotili takto: 4 zvolili bod 2- trochu, 1 bod 3 - dost a 1 bod 5 - velmi moc. Oba příležitostní kuřáci zvolili bod 1 - vůbec ne.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byli 4 (29 %) kuřáci a 3 (21 %) příležitostní kuřáci. Všichni příležitostní kuřáci volili také bod 1 - vůbec ne. Dva kuřáci z této skupiny zvolili bod 4 - hodně a další dva bod 3 - dost.

Graf 29 - Jak je pro Vás důležitá fyzická aktivita?

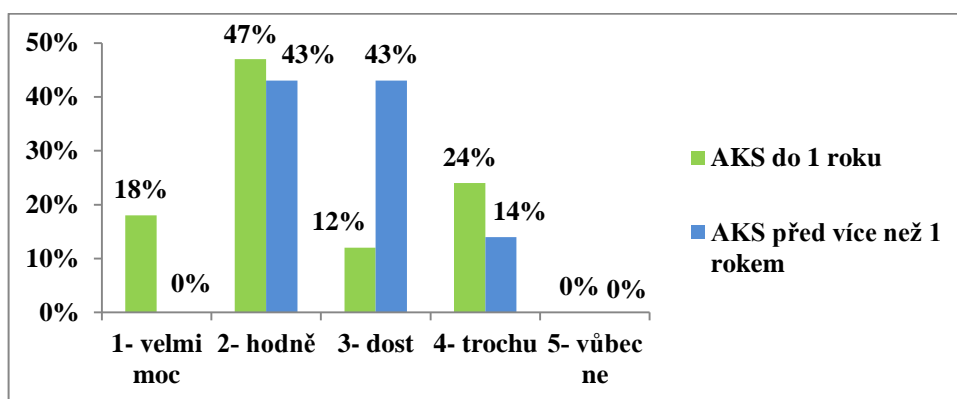


Pro nejvíce respondentů je fyzická aktivita důležitá dost. Bod 3 - dost volilo 6 (35 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 6 (43 %) respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Dále volilo 6 (35 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku bod 2 - hodně, 3 (18 %) bod 4 - trochu a 2 (12 %) bod 1 - velmi moc. Ani jeden respondent v této skupině nevolil 5 - vůbec ne.

Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem byla jako druhá nejčastější odpověď bohužel bod 5 - vůbec ne, kterou volili 3 (21 %) respondenti. Dva (14 %) respondenti zvolili bod 4 - trochu, 2 (14 %) bod 2 - hodně a 1 (7 %) bod 1 - velmi moc.

Graf 30 - Jak je pro Vás důležitá relaxace?

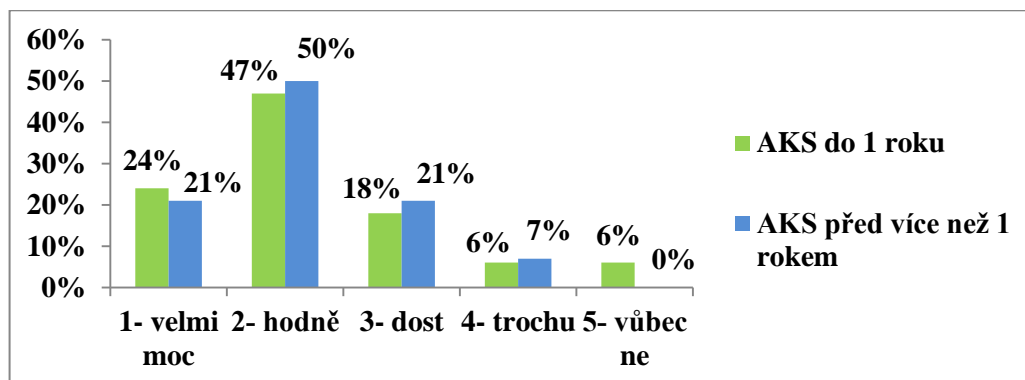


Nejčastější odpovědí celkem byl bod 2 - hodně. Ve skupině po AKS do 1 roku tuto odpověď uvedlo 8 (47 %) respondentů, 4 (24 %) volili bod 4 - trochu, 3 (18 %) bod 1 - velmi moc a 2 (12 %) bod 3 - dost. Pozitivní je, že v obou skupinách nikdo nezvolil bod 5 - vůbec ne.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem zvolilo bod 2 - hodně 6 (43 %) respondentů, stejný počet respondentů zvolilo také bod 3 - dost a 2 (14 %) respondenti bod 4 - trochu.

Následující otázka číslo 6 se skládala opět ze 4 výroků, na které měli respondenti odpovídat dle své nejbližší zkušenosti k nim opět pomocí škály od 1 do 5. Jednotlivé výroky jsou vyhodnoceny zvlášť v grafech 31,32,33 a 34. Počet bodů celkem ze všech výroků této otázky je vyhodnoceno v grafu 41, který naleznete v příloze 3.

Graf 31 - Rozhodl/a jsem se sám/sama změnit svůj životní styl

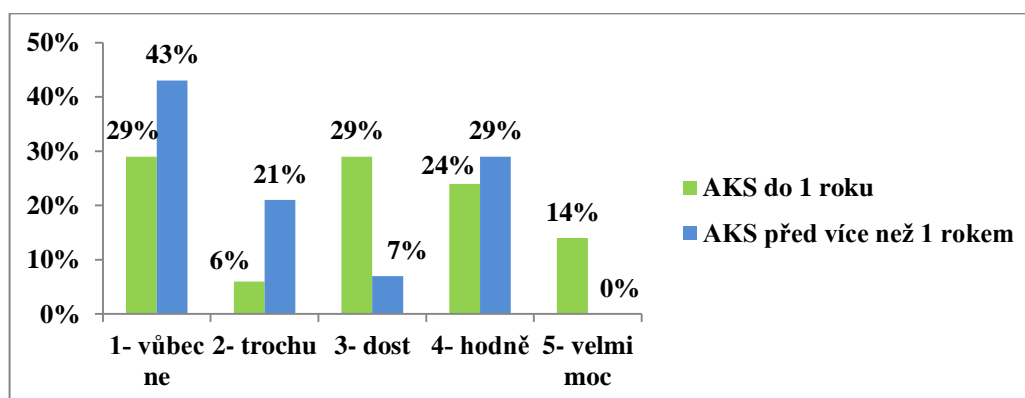


Počty odpovědí u jednotlivých bodů na výrok rozhodl/a jsem se sám/sama změnit svůj životní styl byli u obou skupin téměř stejné. V obou skupinách volilo nejvíce respondentů bod 2 – hodně, ve skupině po AKS do 1 roku tento bod volilo 8 (47 %) respondentů a ve skupině po AKS před více než 1 rokem 7 (50%) respondentů.

Druhou nejpočetnější odpovědí ve skupině po AKS do 1 roku byl bod 1 - velmi moc, kterou zvolili 4 (24 %) respondenti, 3 (18 %) zvolili bod 3 - dost, 1 (6 %) bod 4 - trochu a 1 (6 %) bod 5 - vůbec.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byla druhá nejpočetnější odpověď bod 1 - velmi moc a bod 3 - dost, kterou volili 3 (21%) respondenti. Jeden (7 %) respondent zvolil bod 4 - trochu. Bod 5 - vůbec ne nezvolil v této skupině nikdo.

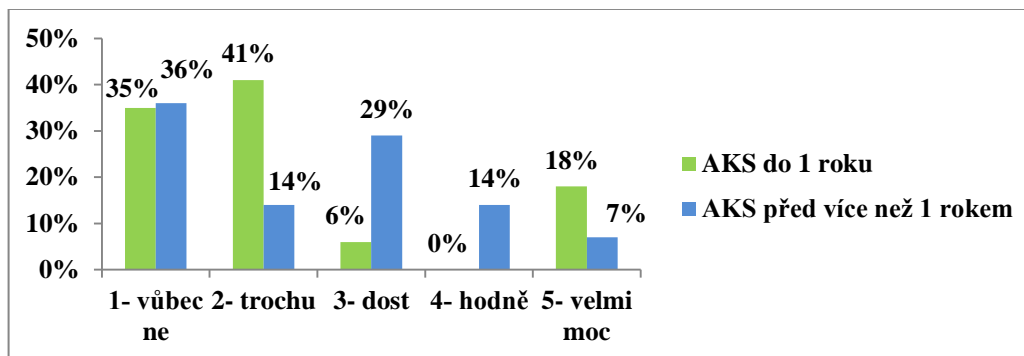
Graf 32 - Rozhodl/a jsem se změnit svůj životní styl kvůli někomu jinému



Ve skupině po AKS do 1 roku zvolilo bod 1 - vůbec ne 5 (29 %) respondentů, 5 (29 %) bod 3 - dost, 4 (24 %) respondenti volili bod 4 - hodně, 2 (12 %) dokonce zvolili bod 5 - velmi moc a 1 (4 %) bod 2 - trochu.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem volila největší část respondentů 6 (43 %) bod 1 - vůbec ne, 4 (29 %) volili bohužel bod 4 - hodně, 3 (21 %) bod 2 - trochu a 1 (7 %) bod 3 - dost.

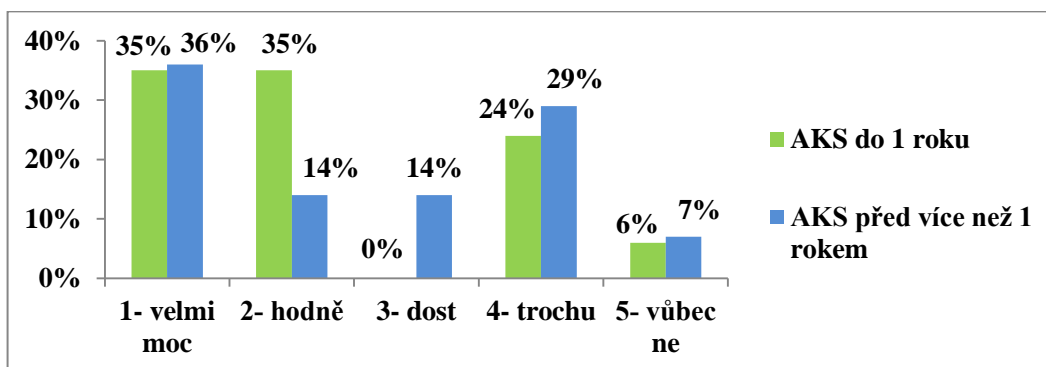
Graf 33 - Nejsem plně rozhodnutý/á, zda změním svůj životní styl



Podle volených bodů je více ke změně životního stylu rozhodnuta skupina po AKS do 1 roku. V této skupině volilo nejvíce respondentů 7 (41 %) bod 2 - trochu, 6 (35 %) bod 1 - vůbec ne, dále menší část respondentů 3 (18 %) zřejmě není plně rozhodnuta, protože zvolila bod 5 - velmi moc a 1 (6 %) respondent zvolil bod 3 - dost.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem volilo nejvíce respondentů 5 (36 %) bod 1 - vůbec ne, 4 (29 %) bod 3- dost, 2 (14 %) bod 2 - trochu, 2 (14 %) bod 4 - hodně a 1 (7 %) bod 5 - velmi moc.

Graf 34 - Cítím se být podporován/a k tomuto rozhodnutí

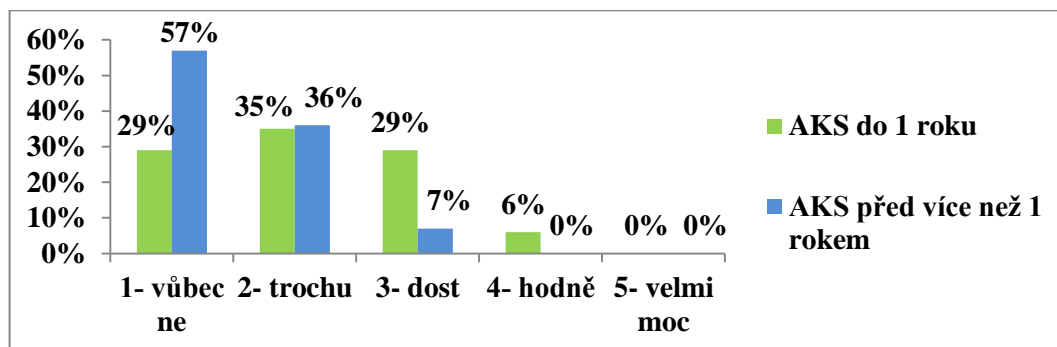


Podle volených bodů cítí větší podporu respondenti ve skupině po AKS do 1 roku. V této skupině volilo 6 (35 %) respondentů bod 1 - velmi moc, 6 (35 %) bod 2 - hodně, 4 (24 %) bod 4 - trochu a 1 (6 %) bod 5 - vůbec ne.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem volilo nejvíce respondentů 5 (36 %) bod 1 - velmi moc, 4 (29 %) bod 4 - trochu, 2 (14 %) bod 2 - hodně, 2 (14 %) bod 3- dost a 1 bod 5 - vůbec ne.

Následující otázka číslo 7 se skládá pouze z 2 výroků, na které měli respondenti odpovídat dle své nejbližší zkušenosti k nim opět pomocí škály od 1 do 5. Jednotlivé výroky jsou vyhodnoceny zvlášť v grafech 35 a 36. Počet bodů celkem ze těchto dvou výroků otázky číslo 7 je vyhodnoceno v grafu 42, který naleznete v příloze 3.

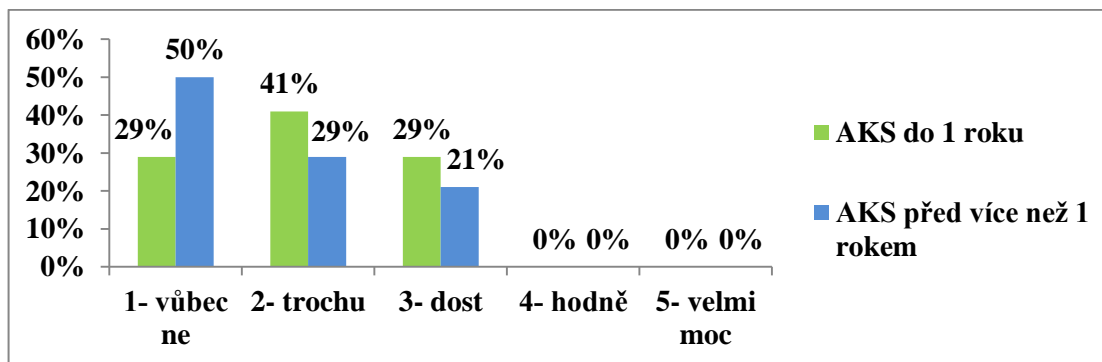
Graf 35 - Bojím se dělat aktivity jako před proděláním nemoci



Dle grafu je vidět, že respondenti kratší dobu po AKS (do 1 roku) se bojí dělat aktivity jako před proděláním nemoci více. V této skupině volilo nejvíce respondentů 6 (35 %) bod 2 - trochu, 5 (29 %) bod 1 - vůbec ne, 5 (29 %) bod 3 - dost a 1 (6 %) bod 4 - hodně.

Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem většina respondentů 8 (57 %) volila bod 1 - vůbec ne, 5 (36 %) bod 2 - trochu a 1 (7 %) bod 3 - dost.

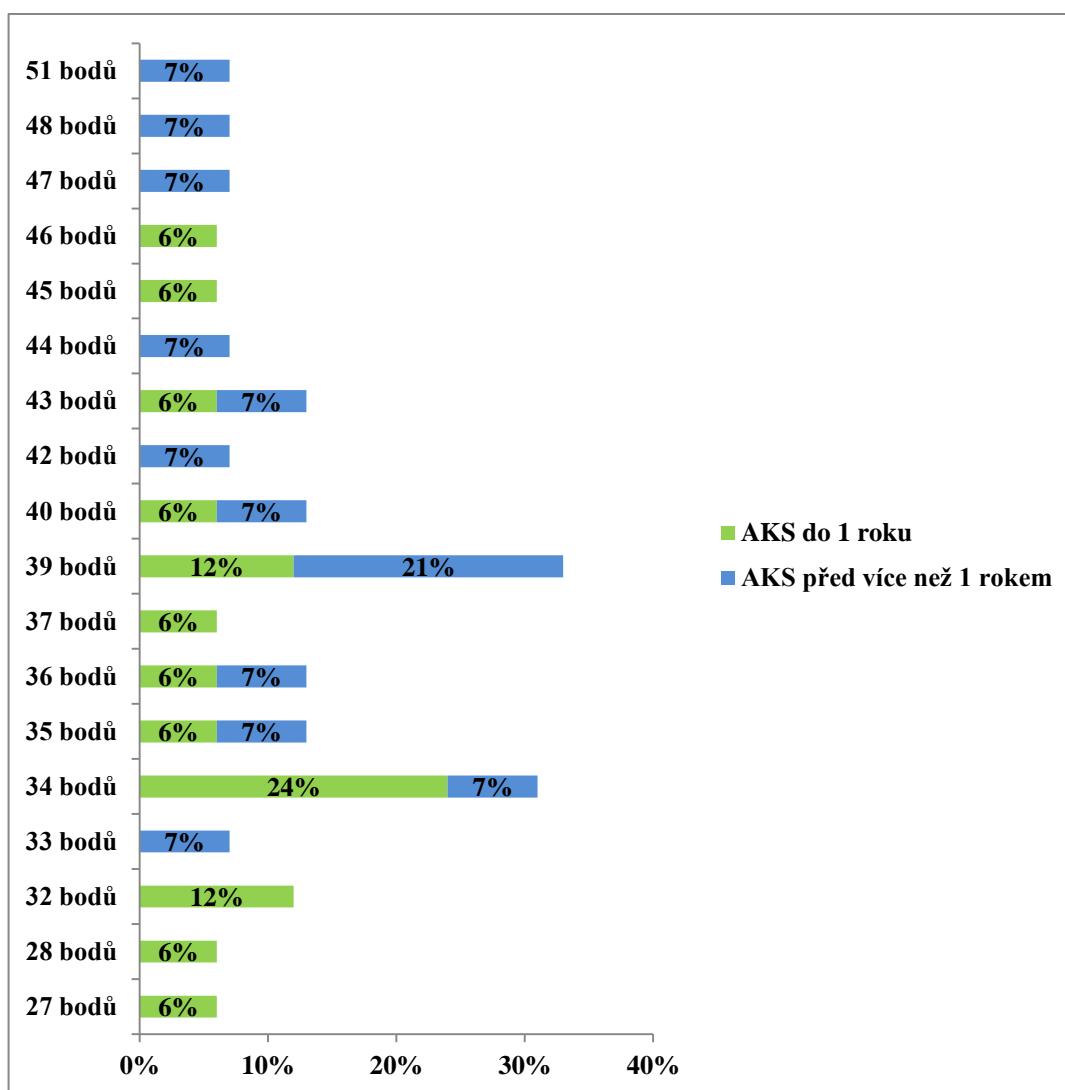
Graf 36 - Můj zdravotní stav mi brání dělat věci, které bych chtěl/a



Ve skupině po AKS do 1 roku uvedlo nejvíce respondentů 7 (41 %) bod 2 - trochu, 5 (29 %) bod 1 - vůbec ne a 5 (29 %) bod 3 - dost. Body 4 a 5 v obou skupinách nikdo nezvolil.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem polovina respondentů 7 (50 %) volila bod 1 - vůbec ne, 4 (29 %) bod 2 - trochu a 3 (21 %) bod 3 - dost.

Graf 37 - Součet bodů ze všech otázek (3,4,5,6,7) hodnocených škálou od 1 do 5



Graf 37 shrnuje počty získaných bodů jednotlivých respondentů ze všech otázek (3,4,5,6,7), které hodnotili pomocí škály od 1 do 5 bodů. V grafu jsou vnesené pouze získané počty bodů. Nejvíce bylo možno získat 85 bodů a nejméně 17. Celkově méně bodů získala skupina po AKS do 1 roku, kde byl nejvyšší počet získaných pouze 46 a nejméně 27 bodů. Nejvíce respondentů z této skupiny 4 (24 %) získalo 34 bodů. Ve skupině druhé po AKS před více než 1 rokem bylo nejvíce získaných bodů 51 a nejméně 33. (Čím méně bodů, tím lepší předpoklad, že realizují změny životního stylu)

Vyhodnocení hypotéz

V bakalářské práci byly stanoveny 3 hypotézy, které se ve výsledku všechny potvrdily.

H1: Předpokládám, že respondenti po AKS do 1 roku budou více motivováni ke změnám životního stylu než respondenti po AKS před více než 1 rokem.

Z vyhodnocených grafů a tabulek z dotazníku u části motivace, připravenost je zřejmé, že skupina po AKS do 1 roku je na tom s motivací a připraveností lépe než skupina po AKS před více než 1 rokem (viz. tabulka 6 a grafy 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 34). H1 se potvrdila.

H2: Předpokládám, že respondenti po AKS před více než 1 rokem budou více informovaní o vhodných změnách životního stylu než respondenti po AKS do 1 roku.

Z vyhodnocených grafů na informovanost/znalost respondentů o vhodných změnách, hodnotách krevního tlaku, glykémie, pohybu či maximální denní dávky soli a alkoholu vědělo téměř vždy správnou odpověď více respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. H2 se tedy také potvrdila.

H3: Předpokládám, že většina respondentů bude mít BMI >30.

Po vypočtení BMI největší podíl respondentů mělo opravdu BMI nad 30 tedy obezitu. H3 byla taktéž potvrzena.

Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti pacientů po akutním koronárním syndromu o vhodných změnách životního stylu a zejména zjistit jejich motivaci k realizaci těchto změn. Přičemž informovanost a motivace, dle mého názoru hraje velmi důležitou roli v realizaci změn životního stylu v primární i sekundární prevenci proti AKS.

V těchto cílech byly porovnávány dvě skupiny. První byla složena ze 17 respondentů, kteří prodělali AKS do 1 roku. Druhá ze 14 respondentů, kteří prodělali AKS před více než 1 rokem. V obou skupinách byla většina respondentů mužského pohlaví.

Z údajů, které respondenti vyplnili v první části dotazníku, lze konstatovat, že většina respondentů v obou skupinách mělo nadváhu či obezitu, normální váhu mělo pouhých 18 % ze skupiny po AKS do 1 roku. Celkově s BMI na tom byla hůře skupina po AKS před více než 1 rokem.

Podle populačních údajů (Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR 2008) má hmotnost nad hranici normální hmotnosti 54 % dospělé české populace. (ÚZIS ČR 2011)

Míra vzdělání respondentů, která může ovlivnit informovanost, ale i motivaci byla v obou skupinách celkem vyrovnaná. Nejvíce respondentů bylo vyučeno.

Další onemocnění jako diabetes mellitus, zvýšený cholesterol a hypertenzi uvedla polovina respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem, ve skupině po AKS do 1 roku další onemocnění uvedlo jen 29 %. Vyšší výskyt jiných onemocnění ve skupině po AKS před více než 1 rokem je jistě ovlivněno věkem. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem je více respondentů vyššího věku než ve skupině po AKS do 1 roku. Dále vyšší výskyt jiných onemocnění ve skupině po AKS před více než 1 rokem může také souviset s vyšším výskytem obezity a nadváhy oproti skupině po AKS do 1 roku.

Téměř všichni respondenti užívají pravidelně léky. Pouze 35 % ze skupiny po AKS do 1 roku ne. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem užívají pravidelně léky více pravděpodobně proto, že jsou oproti první skupině starší a větší % respondentů má i jiná onemocnění.

Překvapivé zjištění pro mě bylo u otázky na pohybovou aktivitu, kdy většina respondentů uvedla, že pravidelnou pohybovou aktivitu provozuje. Uvedlo tak 10 (59 %) respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 10 (71 %) ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Nejvíce respondentů uváděla četnost 1-2 týdně a druh pohybové aktivity chůzi.

Doporučuje se však aerobní aktivita střední intenzity 20-30 minut alespoň 4-5x týdně nebo pohybová aktivita vysoké intenzity 45-60 minut 2-3x týdně. (Vojáček 2009)

U otázky na kouření to bylo opět v obou skupinách celkem vyrovnané. Mezi kuřáky patřilo 35 % respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku a 29 % po AKS před více než 1

rokem. Podle průzkumu Eurobarometru z roku 2012 v ČR kouří asi 29 % populace, což téměř odpovídá i v našem souboru. Ale v našem souboru se dále řadí mezi příležitostní kuřáky 12 % ze skupiny po AKS do 1 roku a 21 % ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Na otázku jak se respondenti domnívají, že solí drtivá většina v obou skupinách odpověděla málo. Myslím, že tuto otázku nelze brát jako zcela vypovídající. Každý si pod pojmem „málo“ podle mého názoru představí úplně jinou hodnotu.

U otázky na alkohol ve výsledku vyšla častější konzumace alkoholu u skupiny po AKS do 1 roku, kde nejčastěji udávali konzumaci alkoholu týdně 2 standartní sklenice (1 sklenice = 0,5 l piva, 0,2 l vína, nebo 0,05 l destilátu), což je příznivé pokud nevypijí 2 sklenice v jeden den. Dokonce je uváděno, že alkohol v malých denních dávkách (maximálně 0,5 l piva, 0,2 l vína, nebo 0,05 l destilátu) má protektivní vliv na snížení kardiovaskulárního rizika. (Štefja 2007)

Z rizikových potravin s vyšším obsahem soli, cukrů a tuků respondenti nejčastěji konzumují uzeniny a máslo, které obsahují nasycené mastné kyseliny a ty patří mezi negativní dietní faktory pro rozvoj aterosklerózy. (Vojáček 2009) Tyto špatné stravovací návyky u respondentů mohly přispět ke vzniku AKS. Dále je dle výsledků zřejmé, že respondenti konzumují častěji červené maso než ryby a drůbež, dávají přednost máslu před margariny a také pečivu ze světlé mouky před pečivem z mouky tmavé. Určitě by bylo vhodnější vzhledem k jejich onemocnění a výživových doporučení konzumovat spíše ryby a drůbež, margariny a pečivo z tmavé mouky.

Instantní potraviny, konzervy, sterilované výrobky, marinované a uzené ryby, které mají většinou vyšší obsah soli, konzumují častěji respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku.

Protektivní rostlinné oleje v obou skupinách respondenti konzumují nejčastěji 1-2 týdně. Konzumace ovoce a zeleniny je v obou skupinách podobná, největší část respondentů je konzumuje 3-6 týdně, což je velmi málo. Doporučená denní dávka ovoce a zeleniny je alespoň 500g denně, rozdělená do více porcí (zeleniny by mělo být 2x více než ovoce). (Dostálová 2006)

Při zjišťování znalostí respondentů o vhodných změnách byla v dotazníku otázka, zda byli respondenti v nemocnici dostatečně informováni o těchto změnách, kdy téměř všichni odpověděli, že ano, ale výsledky tomu bohužel neodpovídají. Potřebné informace o nemoci respondenti čerpají nejvíce od lékaře a z internetu.

O hodnotách ideálního BMI většina respondentů nevědělo, hlavně ve skupině po AKS do 1 roku, což mě celkem překvapilo, jelikož většina respondentů bylo obézních nebo mělo nadváhu, očekávala jsem, že budou s těmito hodnotami více obeznámeni. Pokud respondenti něco napsali, tak většinou pouze jedno číslo, kterým se do správného rozmezí ideálního BMI trefili. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byla znalost

BMI větší než ve skupině po AKS do 1 roku, ale i tak většina respondentů z této skupiny ideální hodnoty BMI nevědělo. Hodnota BMI je považována za normální od 18,5 kg/m² až po 25 kg/m². (Svačina 2008)

U další znalostní otázky ohledně kouření, byla znalejší naopak skupina po AKS do 1 roku, kdy většina respondentů 88% odpovědělo správně, že bezpečné je denně nekouřit cigarety žádné. Kouření je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů ICHS (Špinar 2003), proto je smutné, že někteří respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem zvolili, že je bezpečné denně kouřit dokonce 15 a 20 cigaret. Takto odpověděli kuřáci, důvodem může být nedostatečná informovanost o škodlivosti kouření vzhledem k jejich prodělanému onemocnění.

Od jaké hodnoty mluvíme o arteriální hypertenzi, vědělo více respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem, a to 57 %. Lepší znalost respondentů této skupiny je pravděpodobně proto, že ve skupině po AKS před více než 1 rokem se vyskytovalo více respondentů s arteriální hypertenzí než ve skupině po AKS do 1 roku.

Správné hodnoty celkového cholesterolu vědělo v obou skupinách přibližně stejné % respondentů. Ve skupině po AKS do 1 roku 41 % a ve skupině po AKS před více než 1 rokem 38 %. Tato otázka je dle mého názoru pro laickou veřejnost obtížná, proto se nedivím, že většina odpověď neznala.

Ideální hodnoty glykémie nalačno překvapivě věděli kromě jednoho respondenta všichni ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Naopak ve skupině po AKS do 1 roku hodnoty vědělo pouhých 35 %. Dokonce jeden respondent ze skupiny po AKS do 1 roku trpící diabetem mellitus správnou odpověď neznal.

Maximální denní dávku alkoholu vědělo opět více respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem, a to 71 %. Ve skupině po AKS do 1 roku správně odpovědělo 59 %.

Maximální doporučenou denní dávku soli téměř všichni respondenti neznají. Většina respondentů si myslí, že je menší, než ve skutečnosti je. Správně odpovědělo více respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem, a to pouhých 36 %.

Neznalost o tom jak dlouho a často je vhodná pohybová aktivita, aby měla pozitivní vliv na zdraví, se potvrdila zejména ve skupině po AKS do 1 roku, kde tuto otázku vědělo pouhých 18 %. Na rozdíl od skupiny druhé po AKS před více než 1 rokem, kde odpovědělo správně 64 %. Pohybové aktivitě se věnuje nepatrně větší % respondentů ze skupiny po AKS před více než 1 rokem, to by mohlo mírně ovlivnit znalost o vhodné frekvenci pohybové aktivity.

Některé znalosti mohou být ovlivněny díky vlastní zkušenosti respondentů s některým onemocněním, jako je hypertenze, vysoký krevní cholesterol či diabetes mellitus. Kdy ve skupině po AKS před více než 1 rokem trpí těmito komorbiditami 50 % a ve skupině po AKS do 1 roku pouze 29 %.

Po shrnutí otázek na znalosti respondentů o BMI, hodnotách krevního tlaku, glykémie na lačno, maximální denní doporučené dávky alkoholu, soli, cigaret a pohybové aktivity jsou o něco lépe znalí respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Respondenti po AKS před více než 1 rokem se s nemocí potýkají déle než respondenti po AKS do 1 roku, možná proto mají více znalosti.

Jelikož znalostní otázky ne vždy respondenti věděli a také stravovací návyky nejsou plně odpovídající vzhledem k jejich prodělanému onemocnění, bylo by vhodné zaměřit se na lepší edukaci těchto respondentů.

U otázky na změny, které jsou respondenti nejvíce připraveni zavést do života, kde mohli volit více možností, zaškrtnla více změn skupina po AKS před více než 1 rokem.

Dále si respondenti měli vybrat pouze jednu změnu, o které uvažují nejvíce a pomocí Likertovy škály od 0 do 10 odpovědět na 12 položek, které se týkaly motivace k realizaci této změny. Ve výsledku obě skupiny volily ve všech položkách překvapivě velmi vysoká čísla, které značily vysokou motivaci. Průměrně se čísla pohybovaly pouze od 8 do 10, ale i tak ve skupině po AKS do 1 roku byli čísla vyšší než ve skupině druhé. Tím pádem respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku jsou více namotivováni k realizaci této změny.

Další otázky na motivaci a připravenost byly inspirovány dotazníkem TRE-MORE TEST, který je původně pro obézní pacienty. V těchto otázkách, které se týkaly faktorů, ovlivňující motivaci a připravenost k realizaci změn, vyšlo najevo lepší skóre pro skupinu po AKS do 1 roku.

Výrazný rozdíl ve skupinách byl například u výroku: myslím, že změna životního stylu můj zdravotní stav nezlepší, na který měli respondenti odpovídat pomocí škály. Většina respondentů ze skupiny po AKS do 1 roku odpověděla na tento výrok bodem 1- vůbec ne, ale skupina po AKS před více než 1 rokem volila většinou bod 3 - dost. Pokud si toto respondenti myslí, nemůžou pak věřit, že jim změna životního stylu pomůže.

Další důležitý rozdíl mezi skupinami byl u výroku: svůj zdravotní stav neřeším. Kde opět respondenti po AKS do 1 roku spíše volili bod 1- vůbec ne a respondenti po AKS před více než 1 rokem bod 3- dost. Tady je potřeba respondenty dle mého názoru více namotivovat, aby svůj zdravotní stav samozřejmě více řešili.

Celkově jsou tedy lépe připravení/namotivováni ke změnám životního stylu respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku. Tento výsledek mohlo velmi ovlivnit složení respondentů, jelikož v této skupině byli také respondenti krátce po proděláním AKS, kteří dle mého názoru po takto krátké době mají větší strach o své zdraví.

Shrnutí negativních a pozitivních dietních faktorů vzhledem k prevenci ICHS

Pozitivní a neutrální dietní faktory:

Šunka, bílé maso, ryby, pečivo z tmavé mouky, pečivo ze světlé mouky, margariny, mléčné výrobky do 4 % tuku, luštěniny, těstoviny, rýže, brambory, rostlinné oleje, zelenina a ovoce, ořechy a semena, to vše jsou potraviny, které mají buď pozitivní vliv na zdraví, nebo jsou neutrální a nijak tělu vzhledem prodělaném AKS nevadí.

U šunky záleží na druhu a kvalitě, od ní se odráží také vliv na zdraví. Je nutno hlídat podíl masa a hlavně obsah tuku i soli. Tuto potravinu pojídají častěji respondenti po AKS do 1 roku. Více často než šunku respondenti obou skupin konzumují uzeniny. Bílé maso, které je doporučováno např. středomořskou dietou jedí častěji také respondenti po AKS do 1 roku. Ryby, taktéž doporučované středomořskou dietou mají více v oblibě opět spíše respondenti po AKS do 1 roku. V našem souboru však respondenti raději než ryby a bílé maso konzumují maso červené. Pečivo ze světlé mouky konzumují obě skupiny podobně, ovšem častěji než pečivo z mouky tmavé. Pečivo z tmavé mouky, které obsahuje více vlákniny oproti pečivu z mouky bílé, konzumují více respondenti po AKS do 1 roku. Margariny většina respondentů z obou skupin nepoužívá, dle výsledků preferují spíše máslo. Konzumace mléčných výrobků do 4 % tuku je u obou skupin velmi vyrovnaná. Pozitivní je, že mléčné výrobky do 4 % tuku respondenti konzumují častěji než mléčné výrobky s vyšším obsahem tuku. Luštěniny konzumují více respondenti po AKS před více než 1 rokem. Těstoviny a rýži jedí častěji také respondenti po AKS před více než 1 rokem. Konzumace brambor je u obou skupin téměř shodná. Z příloh konzumují respondenti obou skupin nejčastěji právě brambory. Rostlinné oleje požívají častěji respondenti po AKS do 1 roku. Ovoce, zeleninu, ořechy a semena konzumují více často respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Negativní dietní faktory:

Slané pochutiny, uzené, tavené, zrající a plísňové sýry, paštiky, uzeniny, tlačěnka, jitrnice, jelito, instantní potraviny, konzervy a sterilované výrobky, marinované a uzené ryby, rybí konzervy a saláty, červené maso, vnitřnosti, smetana, šlehačka, sušené a kondenzované mléko, smetanové jogurty, pečivo jemné, vejce, máslo, nápoje typu kola, limonády, sirupy, čokolády, bonbóny a jiné sladkosti, knedlíky, toto jsou potraviny, které jsou vzhledem k prodělanému onemocnění buď úplně nevhodné, nebo by jejich konzumace měla být omezená.

Slané pochutiny jsou jistě nevhodné kvůli vysokému obsahu soli a častěji je konzumují respondenti ze skupiny po AKS do 1 roku. Uzené, tavené, zrající a plísňové sýry jsou nevhodné především kvůli vysokému obsahu tuku, někteří respondenti (18 %) ze skupiny po AKS do 1 roku je konzumují dokonce denně, ale celkově je více konzumují respondenti po AKS před více než 1 rokem. Konzumace paštik, které mají také často vysoký podíl tuku, je v obou skupinách velmi vyrovnaná (nejčastěji 3-6 týdně). Uzeniny, které mají často vysoký podíl soli i tuku konzumují obě skupiny podobně často, někteří i denně. Stejně tak konzumace tlačěnky, jitrnice, jelita je v obou skupinách podobná.

Instantní potraviny, které mají většinou vysoký obsah soli, jsou více v oblibě u respondentů po AKS do 1 roku. U konzerv a sterilovaných výrobků, marinovaných a uzených ryb, rybích konzerv a salátů je potřeba hlídat také obsah soli, konzumují je častěji respondenti po AKS do 1 roku. Červené maso je vhodné pouze libové, konzumují ho více respondenti po AKS před více než 1 rokem. Vnitřnosti konzumují respondenti méně často, nejčastější frekvence byla udávána 2-3 měsíčně, více u respondentů po AKS do 1 roku. Smetanu, šlehačku, sušené a kondenzované mléko, smetanové jogurty konzumují častěji respondenti po AKS do 1 roku. Pečivo jemné má často vysoký podíl cukrů i tuků a konzumují ho častěji respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Vejce obsahuje vyšší dávku cholesterolu, proto je jejich konzumaci nutno hlídat, jejich konzumace je v obou skupinách podobná, nejčastější frekvence byla udávána 1-2 týdně. Máslo konzumují nepatrně častěji respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Nápoje typu kola, limonády, sirupy, čokolády, bonbóny a jiné sladkosti konzumují/pijí častěji také respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem. Knedlíky je vhodné konzumovat spíše omezeně a s mírou, kvůli vyšší kalorické hodnotě, konzumují je častěji opět respondenti ze skupiny po AKS před více než 1 rokem.

Závěr

Ve výzkumu provedeným formou dotazníkové akce srovnávající dvě skupiny respondentů různou dobu po prodělání AKS vyšlo, že respondenti po AKS do 1 roku mají horší znalosti o vhodných změnách životního stylu, ale za to větší motivaci k realizaci těchto změn na rozdíl od respondentů po AKS před více než 1 rokem.

Zejména ve skupině po AKS do 1 roku výsledky ukazují velmi pozitivní motivaci k realizaci změn, ale naopak horší vědomosti o vhodných změnách. Aby respondenti mohli správně realizovat své životní změny, je určitě potřeba o nich mít také znalosti, tak aby změny životního stylu mohly vést správným směrem.

Ve skupině po AKS před více než 1 rokem výsledky prokázaly horší motivaci než ve skupině první. Motivace podněcuje lidské chování k dosažení určitých cílů a bez ní i s velkými znalostmi o vhodných změnách životního stylu, je tyto změny skutečně realizovat jistě nemožné.

Dle výsledků je tedy zřejmé, že je potřeba se věnovat jak edukaci o vhodných změnách, tak i motivaci současně. Jelikož oba tyto aspekty jsou k realizaci změn životního stylu velmi důležité, je žádoucí aby respondenti byli motivovaní a zároveň i správně edukováni.

Seznam literatury:

- 1) Anděl, M., & Kraml, P. (2006). Ateroskleróza: co všechno ohrožuje periferní tepny? *Vesmír*, 85(2). Retrieved from [http://casopis.vesmir.cz/clanek/ateroskleroza-\(2\)](http://casopis.vesmir.cz/clanek/ateroskleroza-(2))
- 2) Aschermann, M., & Veselka, J. (c 2001). *Nestabilní angina pectoris*. (1. vyd., 168 s.) Praha: Galén.
- 3) Bártová, J. (2004). *Patologie pro bakaláře*. (4. vyd., 170 s.) Praha: Karolinum.
- 4) Cifková, R., Býma, S., Češka, R., Horký, K., Karen, I., Kunešová, M. ... Škrha, J. (2005). Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Vnitřní lékařství*, 51(9), 1021-1036. Retrieved from <http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/prevence-kardiovaskularnich-onemocneni-v-dospelem-veku-spolecne-doporuceni-ceskych-odbornych-spolecnosti-50588>
- 5) Cresci, B., Castellini, G., Pala, L., Ravaldi, C., Faravelli, C., Rotella, C. M., & Ricca, V. (2011). Motivational readiness for treatment in weight control programs: the TREatment MOTivation and REadiness (TRE-MORE) test. *J. Endocrinol. Invest*, 34, e70-e77.
- 6) Češka, R. (2015). *Familiární hypercholesterolemie*. (Vydání první, 157 stran). Praha: Stanislav Juhaňák - Triton.
- 7) Češka, R. (2012). *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. (Vyd. 4., V Tritonu 2., 406 s.) Praha: Triton.
- 8) Dostálová, J., Kunešová, M., Otoupal, P., & Starnovská, T. (2006). Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro širokou veřejnost. *Výživa a potraviny*, 2006(1). Retrieved from <http://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-sirokou-verejnost/>
- 9) EUFIC (2010). Motivace pro změny: profesionální péče o zdraví. *Potraviny dneška*, (8). Retrieved from <http://www.eufic.org/article/cs/artid/Motivating-change-Tips-for-health-care-professionals/>
- 10) EUROBAROMETR (2012). Attitudes of Europeans towards Tobacco. *Special Eurobarometer 385*. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf
- 11) Fait, T., Vrablík, M., & Češka, R. (2008). *Preventivní medicína*. (551 s.) Praha: Maxdorf.
- 12) Friedecký, B., Zima, T., Kratochvíla, J., & Springer, D. (2012). Diabetes mellitus- laboratorní diagnostika a sledování stavu pacienta. *Česká diabetologická společnost*. Retrieved from: http://www.diab.cz/dokumenty/sledovani_2012.pdf

- 13) Karen, I. (2009). Adherence k léčbě- základ úspěšné farmakoterapie. Příloha: *Lékařské listy*, (1). Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/adherence-k-lecbe-zaklad-uspesne-farmakoterapie-400747>
- 14) Kolář, J. (c2009). *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. (4., dopl. a přeprac. vyd., xxv, 480 s.) Praha: Galén.
- 15) Maršálek, P. (2006). *Pohybová terapie po akutních srdečních příhodách*. (Vyd. 1., 83 s.) Praha: Triton.
- 16) Mikušová, K. (2008). Kasuistika z lékařské praxe- compliance pacienta ve farmakoterapie. *Medical Tribune*, (14). Retrieved from <http://www.tribune.cz/clanek/12025-kasuistika-z-lekarske-praxe-compliance-pacienta-ve-farmakoterapii>
- 17) Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors*, 33(2008), 1177–1182.
- 18) Perk, J., Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Ž., Albus, Ch., & Benlian, P. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33, 1635-1701. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs092
- 19) Piřha, J., & Čeřka, R. (2012). Co znamená dieta DASH aneb jak krotit krevní tlak bez pilulek. *Tlukot srdce*. Retrieved from <http://www.tlukotsrdce.cz/clanek/422/co-znamenadieta-dash-anebjak-krotit-krevnitlak-bez-pilulek/>
- 20) Riečanský, I. (2009). Aterosklerotické choroby: epidemiologia a prevencia z pohľadu klinickej praxe. (1. vyd., 252 s.) Bratislava: Herba.
- 21) Rososlová, H. (2013). Jak zlepřit dodržování léčby u pacienta v primární prevenci kardiovaskulárních nemocí? *Medicína po promoci*, (3). Retrieved from <http://www.tribune.cz/clanek/30615-jak-zlepsit-dodrzovani-lecby-u-pacienta-v-primarni>
- 22) Řezníček, V., Kovárník, T., Holm, F., Horák, J., Šimek, S., Nováčková, K., & Aschermann, M. (2003). Hodnocení morfologie aterosklerotických plátů intravaskulárním ultrazvukem. *Postgraduální medicína*, (3). Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-morfologie-aterosklerotickych-platu-intravaskularnim-u-153098>
- 23) Soukup, J., & Papeřová, H. (2005). Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování. *Postgraduální medicína-přiloha*, (5). Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/motivacni-rozhovor-s-pacientem-o-zmene-rizikoveho-chovani-272924>
- 24) Sovová, E., & Sedlářová, J. (2014). *Kardiologie pro obor ořetřovatelství*. (2., rozřřř. A dopl. vyd., 255 s., vii s. obr. přřř.) Praha: Grada.

- 25) Svačina, Š. (2010). *Poruchy metabolismu a výživy*. (1. vyd., xxii, 505 s.) Praha: Galén.
- 26) Svačina, Š., & Bretšnajdrová, A. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. (1. vyd., 139 s.) Praha: Grada Publishing.
- 27) Šimůnková, M. (2015). Třináctá komnata roztroušené sklerózy - Část I: Adherence. *Medical Tribune*, (2). Retrieved from <http://www.tribune.cz/clanek/35204-trinacta-komnata-roztrousene-sklerozy-cast-i-adherence>
- 28) Špaček, R., & Widimský, P. (2003). *Infarkt myokardu*. (1. vyd., 231 s.) Praha: Galén.
- 29) Špinar, J., & Vítovec, J. (2003). *Ischemická choroba srdeční*. (1.vyd., 361 s.) Praha: Grada.
- 30) Štejfá, M. (2007). *Kardiologie*. (3., přeprac. a dopl. vyd., xxxiii, 722 s., 14 s. barev. obr. příl.) Praha: Grada.
- 31) Švédová, Z. (2014). Středomořská dieta. *Celostní medicína*. Retrieved from <http://www.celostnimedicina.cz/stredomorska-dieta.htm#ixzz3weAGIR1t>
- 32) ÚZIS ČR (2011). Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 273. Retrieved from <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-ceske-populace-ehis-cr-drive-his-cr>
- 33) Vítovec, J., & Špinar, J. (2004). *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění*. (2., přeprac. a dopl. vyd., 248 s.) Praha: Grada.
- 34) Vojáček, J., Kettner, J., & Bytešník, J. (2009). *Klinická kardiologie*. (1. vyd., 925 s.) Hradec Králové: Nucleus HK.
- 35) Vytřísalová, M. (2009). Adherence k medikamentózní léčbě- známá neznáma. *Remedia*, (3). Retrieved from <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Management-v-medicine/Adherence-k-medikamentozni-lecbe-znama-neznama/8-1b-Gb.magarticle.aspx>
- 36) Walker, Ch., & Reamy, B. V. (2009). Diety v prevenci kardiovaskulárních onemocnění: jaké máme důkazy? *Medicína po promoci*, (9). Retrieved from <http://www.tribune.cz/clanek/14756-diety-v-prevenci-kardiovaskularnich-onemocneni-jake-mame-dukazy>
- 37) Žák, A., & Macášek, J. (2011). *Ateroskleróza: nové pohledy*. (1. vyd., 183 s., viii s. barev. obr. příl.) Praha: Grada.

Seznam zkratek:

AIM - akutní infarkt myokardu

AP - angina pectoris

AKS - akutní koronární syndrom

BMI - body mass index

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension

DART - Diet and Reinfarction

EKG - elektrokardiografie

FH - familiární hypercholerterolémie

HDL - lipoproteiny o vysoké denzitě

ICHS - ischemická choroba srdeční

IM - infarkt myokardu

KVO - kardiovaskulární onemocnění

KV - kardiovaskulární

LDL - lipoproteiny o nízké denzitě

MUFA - Monounsaturated Fatty Acids (mononenasycené mastné kyseliny)

NAP - nestabilní angina pectoris

NSTEMI - akutní infarkt myokardu bez ST elevace

oGTT - orální glukózový toleranční test

PUFA - Poly Unsaturated Fatty Acids (polynenasycené mastné kyseliny)

PCI - perkutánní koronární intervence

SZO - světová zdravotnická organizace

STEMI - akutní infarkt myokardu s ST elevacemi

TK - tlak

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Vznik aterosklerózy	20
Obrázek 2 - 10leté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, celkového cholesterolu a kuřáckých návyků	28

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Dělení anginy pectoris	21
Tabulka 2 - Pohlaví respondentů	39
Tabulka 3 - Věkové rozložení respondentů	39
Tabulka 5 - Změny, které jsou respondenti nejvíce připraveni zavést do svého života	60
Tabulka 6 - Dotazník motivace ke změně	62

Seznam grafů

Graf 1 - BMI	40
Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	41
Graf 3 - Kolik hodin denně stráví respondenti v zaměstnání	42
Graf 4 - Pravidelné užívání léků	42
Graf 5 - Jak často respondenti provozují pravidelnou fyzickou aktivitu	43
Graf 6 – Druh pohybové aktivity	44
Graf 7 - Kouření.....	44
Graf 8 - Domníváte se, že solíte	45
Graf 9 - Množství vypitého alkoholu týdně.....	46
Graf 10 - Množství vypitého alkoholu měsíčně.....	46
Graf 11 - Byl jste v nemocnici dostatečně informován o vhodných změnách životního stylu?.....	54
Graf 12 - Z jakých zdrojů čerpáte informace o své nemoci?.....	55
Graf 13 - Kolik cigaret mohu denně vykouřit, aby to bylo bezpečné?	56
Graf 14 - Víte, od jaké hodnoty mluvíme o arteriální hypertenzi (vysokém krevním tlaku)?	56
Graf 15 - Znalost ideální hodnoty celkového cholesterolu.....	57
Graf 16 - Znalost respondentů ideální hodnoty glykémie nalačno	57
Graf 17 - Znalost maximální denní doporučené dávky alkoholu	58
Graf 18 - Znalost respondentů maximální denní doporučené dávky kuchyňské soli	58
Graf 19 - Znalost respondentů jaké minimum pohybu týdně má pozitivní vliv na zdraví ..	59
Graf 20 - O jaké změně respondenti uvažují nejvíce.....	61
Graf 21 - Ve svých rozhodnutích jsem vytrvalý/á.....	63
Graf 22 - Často nedotáhnu věci do konce.....	64
Graf 23 - Myslím, že nevydržím dlouho dodržovat dietní opatření	64

Graf 24 - Myslím, že nevydržím dlouho provozovat pravidelně fyzickou aktivitu	65
Graf 25 - Jsem nespokojen se svým zdravotním stavem a chci pro to něco udělat.....	65
Graf 26 - Myslím, že změna životního stylu můj zdravotní stav nezlepší.....	66
Graf 27 - Svůj zdravotní stav neřeším	66
Graf 28 - Jak je pro Vás důležité jíst?.....	67
Graf 29 - Jak je pro Vás důležitá fyzická aktivita?.....	68
Graf 30 - Jak je pro Vás důležitá relaxace?	68
Graf 31 - Rozhodl/a jsem se sám/sama změnit svůj životní styl	69
Graf 32 - Rozhodl/a jsem se změnit svůj životní styl kvůli někomu jinému.....	69
Graf 33 - Nejsem plně rozhodnutý/á, zda změním svůj životní styl.....	70
Graf 34 - Cítím se být podporován/a k tomuto rozhodnutí.....	70
Graf 35 - Bojím se dělat aktivity jako před proděláním nemoci	71
Graf 36 - Můj zdravotní stav mi brání dělat věci, které bych chtěl/a	71
Graf 37 - Součet bodů ze všech otázek (3,4,5,6,7) hodnocených škálou od 1 do 5	72

Seznam příloh

Příloha 1 - Souhlas se sběrem dat k bakalářské práci

Příloha 2 - Dotazník

Příloha 3 - Součty bodů otázek 3,4,5,6,7 z dotazníku v části motivace shrnuté v grafech

Příloha 1

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
e-mail: zuzana.balikova@vfn.cz

Vážená paní
Lucie Šírová
III.interní klinika VFN a I. LFUK
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

22.10.2015
čj.: 1937/15 S-IV (individuální výzkum)

Zasílací adresa: Roztocká 493, 514 01 Jilemnice

Vážená paní,
Etická komise VFN projednala na svém zasedání dne 22.10.2015 Vámi předložený projekt – ind.výzkum: čj.: 1937/15 S-IV (individuální výzkum).

Název studie: Bakalářská dotazníková práce: Přípravenost pacientů po akutním koronárním syndromu ke změně životních návyků

- **Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report from the CT commencement:** ☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other
- **Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion:** ☐ Ano/Yes ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti: 23.9.2015

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: **22.10.2015** (15,30 – 18,00 hod.)

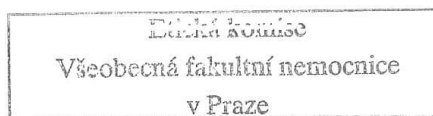
Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis (nedatován)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii u pacientů (23.9.2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienty, česká nedatovaná verze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci podepsaná Mgr. Camprovou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN v Praze bez finanční podpory třetím subjektem, vč. Souhlasu přednosty kliniky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Lucie Šírová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise: EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a **souhlasí** s jeho realizací na III.interní klinice VFN a I. LFUK.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson 1/2

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.



Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted			
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No		
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

pozn.: * Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

☒ Ano/Yes

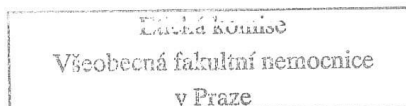
☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 22.10.2015

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.



Příloha 2

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Šírová a studuji třetí ročník oboru Nutriční terapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Tento rok budu vypracovávat bakalářskou práci na téma Přípravenost pacientů po akutním koronárním syndromu ke změně životních návyků, a proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze jako podklady k mé bakalářské práci a Vaše spolupráce je zcela dobrovolná.

Velmi Vám děkuji za ochotu a čas strávený nad dotazníkem.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- ☐ Žena
- ☐ Muž

2. Jaký je Váš věk?

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Základní
- ☐ Vyučen/a
- ☐ Vyučen s maturitou
- ☐ Středoškolské s maturitou
- ☐ Vyšší odborné
- ☐ Vysokoškolské

4. Jste zaměstnán/a?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ne, tak z jakého důvodu (starobní důchod, invalidní důchod, nezaměstnaný) :

.....

Pokud ano, jaké je Vaše povolání?

.....

Kolik hodin strávíte denně v práci?.....

5. Užíváte pravidelně nějaké léky?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, napište název léku:

.....
.....

6. Kdy a jaká závažná onemocnění jste dosud prodělal/a (př. cukrovka, onemocnění srdce, mozková příhoda, zvýšený cholesterol)?:

.....
.....
.....

7. Jaká je Vaše výška a současná váha a obvod pasu? (pokud nevíte, proškrtněte)

Výškacm Váhakg Obvod pasu.....cm

Životní styl – dotazník na zjištění aktuální situace u pacientů

1. Provozujete pravidelně fyzickou aktivitu?

- ☐ ano - jak často?
 jakou?
☐ ne

2. Kouříte ?

- ☐ ano
☐ příležitostně
☐ ne
☐ dříve jsem kouřil
 - před kolika lety?

3. Domníváte se, že solíte:

- ☐ vůbec
☐ málo
☐ hodně

4. Jak často pijete alkohol?

(Vyberte si z řádku, podle toho jak často pijete alkohol a přiřaďte množství. Např. –
Denně: 0,5l piva; 2dcl vína, Týdně: 2cl destilátu).

Denně:

Týdně:

Měsíčně:

5. V průměru jak často jíte tento druh jídla?

Zapište, jak často jíte následující potraviny:

	Několikrát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měsíčně	1x měsíčně	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Slané pochutiny (chipsy, tyčinky, slané oříšky, atd.)								
Uzené, tavené, zrající a plísňové sýry (hermelín, romadúr, camembert, atd.)								
Paštiky								
Uzeniny (salámy, párky, uzené maso), klobásy, špekáčky, atd.								
Šunka								
Tlačenka, jitrnice, jelito								
Instantní potraviny (polévky, omáčky, čínské nudle, atd.)								
Konzervy a sterilované výrobky								
Marinované a uzené ryby, rybí konzervy a saláty								
Červené maso (vepřové, hovězí, skopové, zvěřina)								
Bílé maso (drůbež, králík)								
Ryby								
Vnitřnosti (játra, dršťky, mozeček)								
Smetana (i smetana do kávy), šlehačka, sušené a kondenzované mléko, smetanové jogurty								
Chléb a pečivo ze světlé mouky								
Chléb a pečivo z tmavé mouky								
Pečivo jemné (šátečky, koblihy), koláče, dorty, atd.)								
Vejce (samostatně jako pokrm)								
Máslo								
Margarin								

	Několikrát denně	Denně	3-6x týdně	1-2x týdně	2-3x měsíčně	1x měsíčně	Méně než 1x měsíčně	Nikdy
Mléko, kefir, jogurty do 4% tuku, tvaroh								
Nápoje typu kola, limonády, sirupy								
Čokolády ,bonbóny, jiné sladkosti(moučníky, sušenky)								
Luštěniny (hrách, čočka, fazole, cizrna, sója)								
Těstoviny, rýže								
Knedlíky (houskové, bramborové)								
Brambory								
Rostlinné oleje (řepkový, olivový, slunečnicový)								
Ovoce a zelenina								
Ořechy a semena								

Znalosti o vhodných změnách životního stylu

1. Byl jste v nemocnici dostatečně informován o vhodných změnách životního stylu?

- ☐ ano
☐ částečně
☐ ne

2. Z jakých zdrojů čerpáte informace o své nemoci?

- ☐ internet
☐ lékař
☐ knihy, časopisy
☐ přátelé, rodina

3. Jaká je ideální hodnota BMI (body mass index)?

4. Kolik cigaret mohu denně vykouřit, aby to bylo bezpečné?

- ☐ 0
☐ 5
☐ 10
☐ 15
☐ ≥ 20

5. Víte, od jaké hodnoty mluvíme o arteriální hypertenzi (vysokém krevním tlaku)?

- ☐ 100/70 mm Hg
- ☐ 120/80 mm Hg
- ☐ 140/90 mm Hg
- ☐ 160/90 mm Hg
- ☐ 130/70 mm Hg
- ☐ 110/80 mm Hg

6. Jaká je ideální hodnota celkového cholesterolu?

- ☐ 2,9-5,2 mmol/l
- ☐ 5,2-6,2 mmol/l
- ☐ >6,2 mmol/l

7. Jaká je ideální hodnota glykémie stanovená nalačno?

- ☐ <5,6 mmol/l
- ☐ 5,7-7 mmol/l
- ☐ >7 mmol/l

8. Jaká je maximální denní doporučená dávka alkoholu?

- ☐ žádný
- ☐ do 20g/den (200 ml vína, 0,5 l piva, 50 ml lihoviny)
- ☐ do 40g/den (400 ml vína, 1 l piva, 100 ml lihoviny)
- ☐ do 60g/den (600ml vína, 1,5 l piva, 150 ml lihoviny)

9. Víte, jaká je doporučená maximální denní dávka kuchyňské soli?

- ☐ 5-6 g
- ☐ 10-12g
- ☐ 2-4 g

10. Jaké je minimum pohybu týdně, které má již pozitivní vliv na zdraví?

- ☐ 30 minut denně do zadýchání, alespoň 5 dní v týdnu
- ☐ 3x 10minut do zadýchání, alespoň 5 dní v týdnu
- ☐ Stačí 10 minut obden
- ☐ Minimálně 60 minut každý den
- ☐ Pohyb ke zdraví není potřeba

Motivace, připravenost

1. Vhodné změny životního stylu vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu – zaškrtněte, které jste nejvíce připraveni zavést do svého života. (Možno více odpovědí)

- ☐ Omezit příjem soli
- ☐ Snížit příjem sladkostí, cukrovinek, moučníků
- ☐ Nekouřit
- ☐ Mít normální váhu
- ☐ Vyvarovat se stresu
- ☐ Snížit příjem živočišných tuků
- ☐ Provozovat pravidelně fyzickou aktivitu

2. Dotazník motivace ke změně:

Na následující řádek uveďte, o jaké jedné konkrétní změně uvažujete nejvíce.

Chci.....

Nyní odpovězte na každou z následujících otázek týkajících se změny, o níž uvažujete.

Kdykoli narazíte na formulaci „dosáhnout této změny“ apod., uvědomte si, co jste sám/sama doplnil(a) na řádek v úvodu tohoto dotazníku, a poté zakroužkujte jedno z čísel, které nejlépe vyjadřuje, v jaké fázi se ve vztahu k této změně momentálně nacházíte.

Pokud jste například na řádek výše napsal(a) „omezit příjem soli“, pak u položky 1 (**Chci** této změny dosáhnout) označíte, jak moc chcete omezit příjem soli.

1. Chci této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
2. Mohl(a) bych této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
3.Mám mnoho dobrých důvodů , abych této změny dosáhl(a).	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
4. Musím této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
5. Mám v úmyslu této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
6. Snažím se této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
7. Doufám , že této změny dosáhnu.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
8. Mohu této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
9.Je pro mě důležité , abych této změny dosáhl(a).	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
10. Potřebuji této změny dosáhnout.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
11. Dosáhnu této změny.	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano
12. Činím konkrétní kroky , abych této změny dosáhl(a).	0 Určitě ne	1	2 Asi ne	3	4	5 Možná	6	7 Asi ano	8	9	10 Určitě ano

3. Na kolik souhlasíte s následujícími výroky?

	velmi moc	hodně	dost	trochu	vůbec ne
Ve svých rozhodnutích jsem vytrvalý/á.	1	2	3	4	5
Často nedotáhnu věci do konce.	5	4	3	2	1
Myslím, že nevydržím dlouho dodržovat dietní opatření.	5	4	3	2	1
Myslím, že nevydržím dlouho provozovat pravidelně fyzickou aktivitu.	5	4	3	2	1

4. Zamyslete se nad následujícími výroky a zvolte odpověď co nejbližší ke své vlastní zkušenosti.

	velmi moc	hodně	dost	trochu	vůbec ne
Jsem nespokojen se svým zdravotním stavem a chci pro to něco udělat.	1	2	3	4	5
Myslím, že změna životního stylu můj zdravotní stav nezlepší.	5	4	3	2	1
Svůj zdravotní stav neřeším.	5	4	3	2	1

5. Jak je pro Vás důležité...?

	velmi moc	hodně	dost	trochu	vůbec ne
jíst	5	4	3	2	1
kouření	5	4	3	2	1
fyzická aktivita	1	2	3	4	5
relaxace	1	2	3	4	5

6. Zamyslete se nad následujícími výroky a zvolte odpověď co nejbližší ke své vlastní zkušenosti.

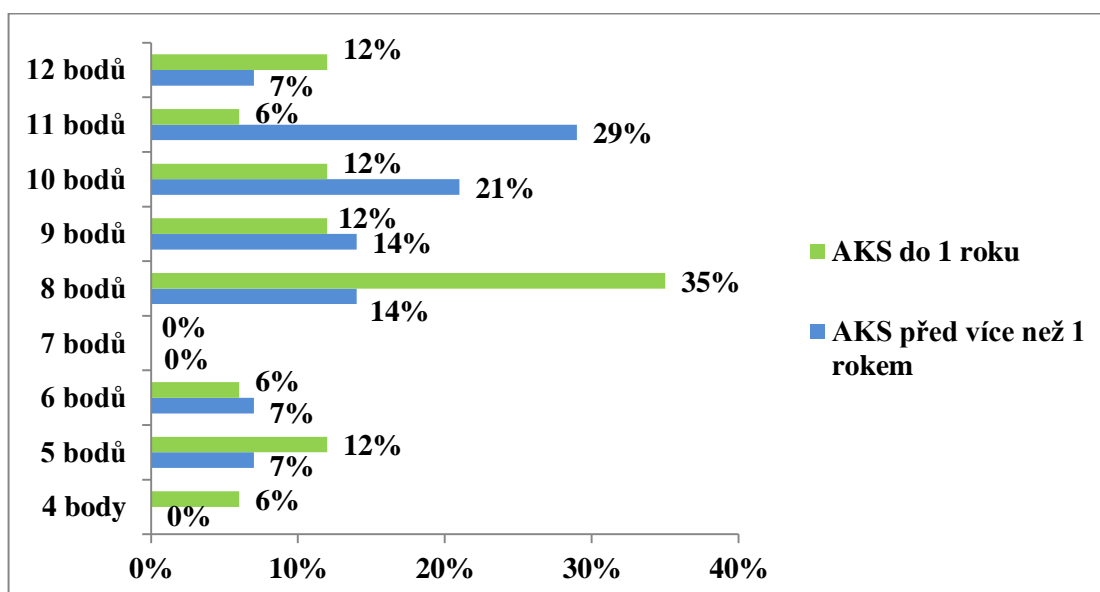
	velmi moc	hodně	dost	trochu	vůbec ne
Rozhodl/a jsem se sám/sama změnit svůj životní styl.	1	2	3	4	5
Rozhodl/a jsem se změnit svůj životní styl kvůli někomu jinému.	5	4	3	2	1
Nejsem plně rozhodnutý/á, zda změním svůj životní styl.	5	4	3	2	1
Cítím se být podporován/a k tomuto rozhodnutí.	1	2	3	4	5

7. Zamyslete se nad následujícími výroky a zvolte odpověď co nejbližší ke své vlastní zkušenosti.

	velmi moc	hodně	dost	trochu	vůbec ne
Bojím se dělat aktivity jako před proděláním nemoci.	5	4	3	2	1
Můj zdravotní stav mi brání dělat věci, které bych chtěl.	5	4	3	2	1

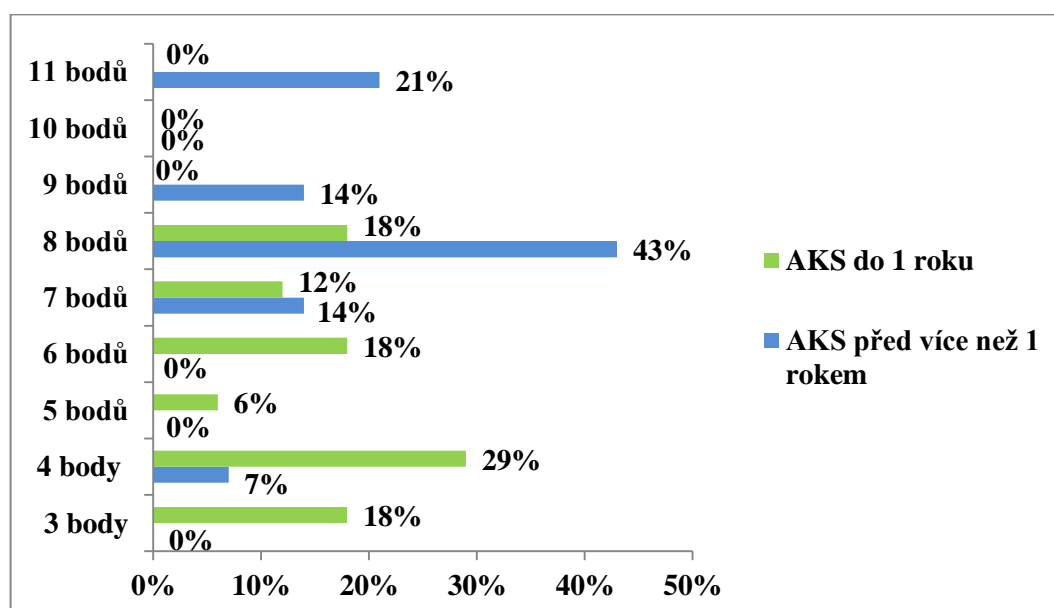
Příloha 3

Graf 38 - Součet bodů z výroku otázky číslo 3



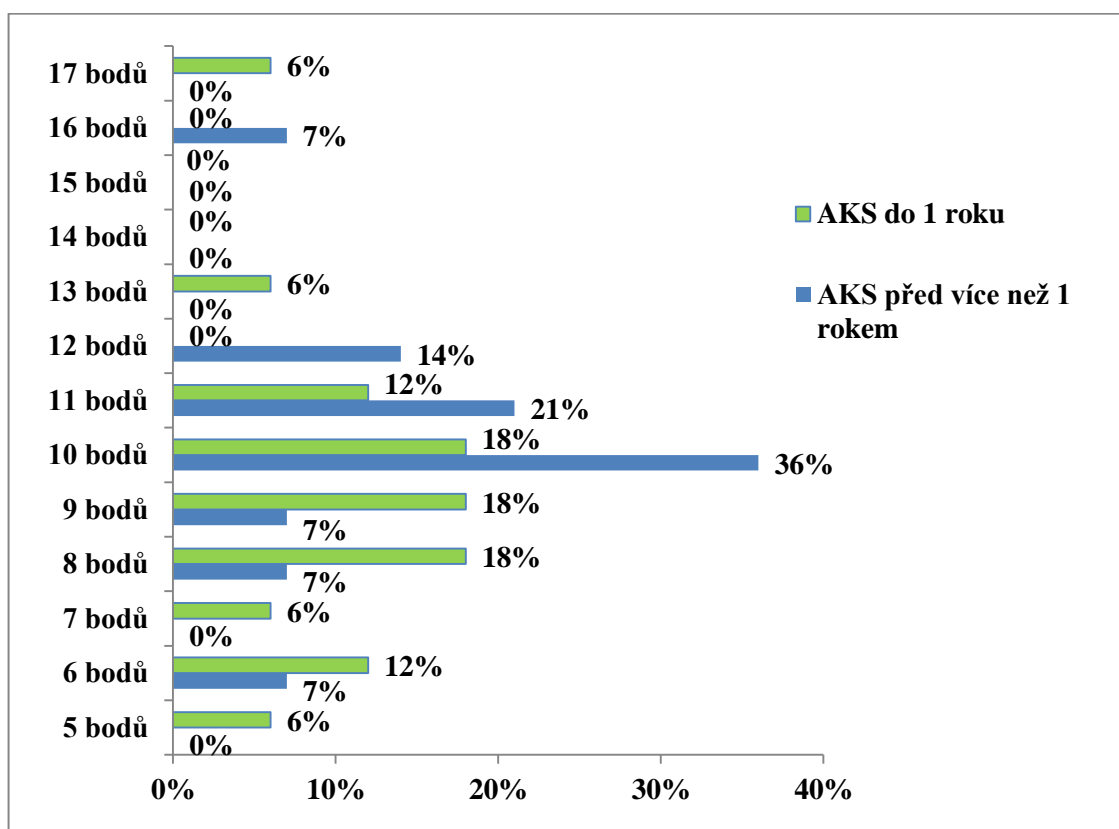
Graf 38 shrnuje součet bodů z výroků otázky číslo 3 (otázka č. 3 z dotazníku v části motivace, připravenost). Nejvíce možných bodů mohlo být 20 a nejméně 4. Nejvyšší skóre u respondentů však bylo pouhých 12, což je velmi pozitivní. Větší předpoklady k dodržování režimových opatření podle počtu bodů má spíše skupina po AKS do 1 roku, kde nejčastější počet bodů bylo jen 8. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byl nejčastější počet bodů 11. (Čím méně bodu respondenti měli, tím více jsou ve svých rozhodnutích vytrvalí, věci dotahují do konce, věří, že dokážou dodržovat déle dietní opatření a provozovat pravidelně pohybovou aktivitu. Čím více bodu, bylo tomu naopak)

Graf 39 - Součet bodů z výroků otázky č. 4



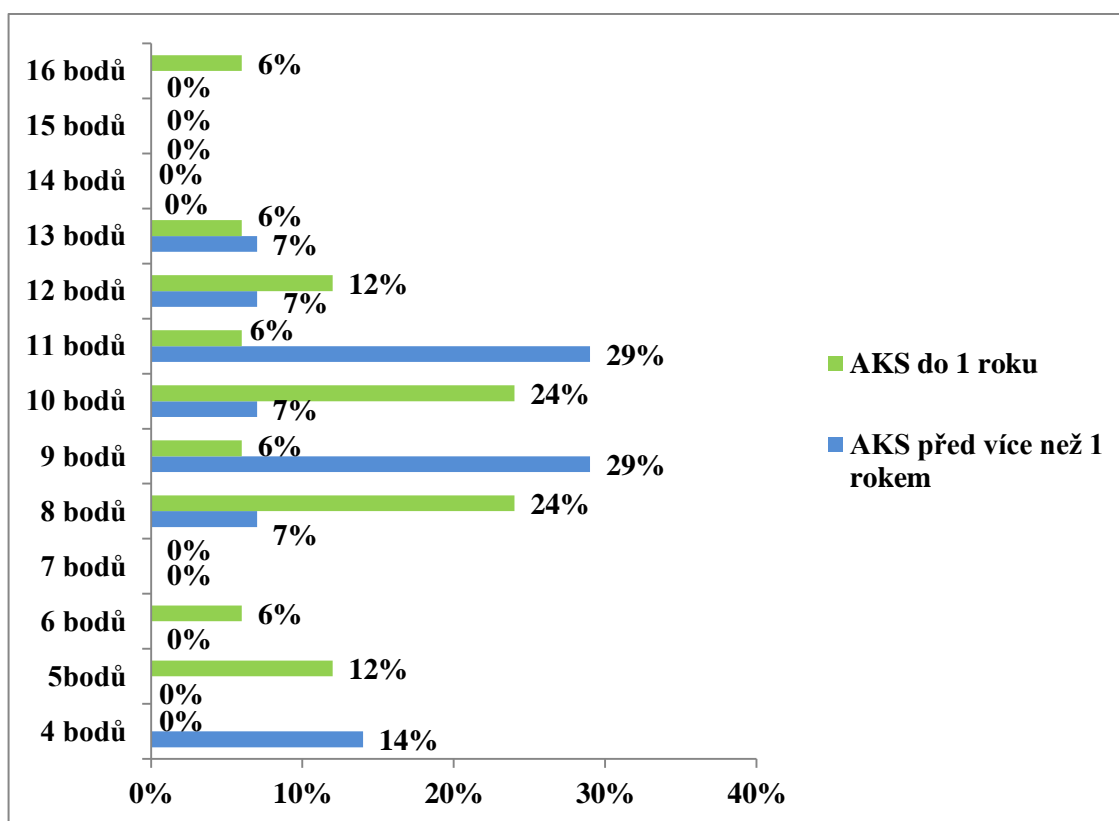
Graf 39 opět shrnuje součet bodů z výroků otázky číslo 4 (otázka č. 4 z dotazníku v části motivace, připravenost). Nejvíce možných bodů mohlo být 15 a nejméně 3. Nejvyšší skóre u respondentů bylo 11, proto je bodová hranice do 11. Dle grafu je zřejmé, že opět celkově menší počty bodů získala skupina po AKS do 1 roku, kde nejčastější počet bodů byl pouze 4. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byl nejčastější počet bodů 8. (Čím méně bodů respondenti měli, tím více chtějí pro svůj zdravotní stav něco udělat, více řeší svůj zdravotní stav a věří, že změna životního stylu jejich zdravotní stav zlepší. Čím více bodů, bylo tomu naopak)

Graf 40 - Součet bodů z položek otázky číslo 5



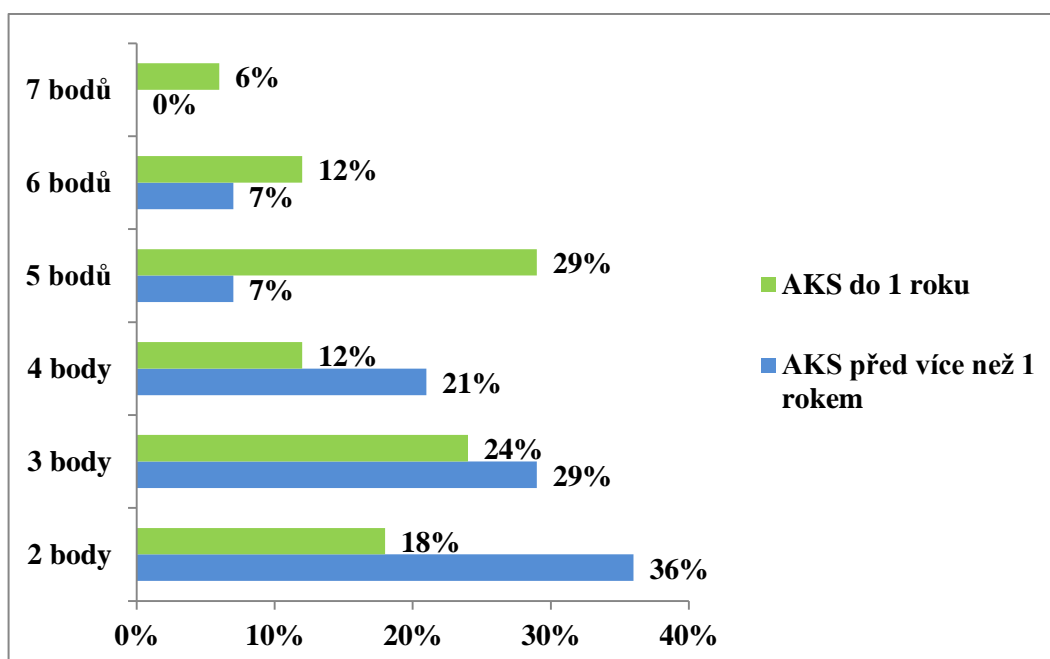
Graf 40 shrnuje součet všech bodů z otázky číslo 5 (otázka č. 5 z dotazníku v části motivace, připravenost). Nejvíce možných bodů mohlo být 20 a nejméně 4. Respondenti hodnotili jak moc je pro ně důležité jíst, kouření (v obou skupinách byl téměř stejný poměr kuřáků), fyzická aktivita a relaxace. Nejvyšší skóre u respondentů bylo 17 a nejnižší 5, proto je bodová hranice v grafu od 5 do 17. Dle grafu je zřejmé, že opět celkově menší počty bodů získala skupina po AKS do 1 roku, kde nejčastější počet bodů bylo 10, 9 a 8. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byl nejčastější počet bodů 10, ale ostatní respondenti v této skupině měli spíše bodů více. (Čím méně bodů respondenti měli, tím je pro ně relaxace a fyzická aktivita důležitá více, kouření a jíst méně. Čím více bodů, bylo tomu naopak).

Graf 41 - Součet bodů z položek otázky číslo 6



Graf 41 shrnuje součet bodů z výroků otázky číslo 6 (otázka č. 6 z dotazníku v části motivace, připravenost). Nejvíce možných bodů mohlo být 20 a nejméně 4. Nejvyšší skóre u respondentů bylo 16, proto je bodová hranice do 16. Počty bodů byli u obou skupin celkem vyrovnané. Jenom o trochu na tom byla lépe skupina po AKS do 1 roku, kde byl nejčastější celkový počet bodů 10 a 8. Ve skupině po AKS před více než 1 rokem byl nejčastější celkový počet bodů 11 a 9. (Čím méně bodů respondenti měli, tím více jsou rozhodnutí plně změnit životní styl sami, méně kvůli někomu jinému a cítí se být více podporováni. Čím více bodů, bylo tomu naopak)

Graf 42- Součet bodů z položek otázky číslo 7



Graf 42 shrnuje součet bodů z výroků otázky číslo 7 (otázka č. 7 z dotazníku v části motivace, připravenost). Nejvíce možných bodů mohlo být 10 a nejméně 2. Nejvyšší skóre u respondentů bylo 7, proto je bodová hranice jen do 7. Počty bodů byli tentokrát u skupiny po AKS před více než 1 rokem nižší, kde nejčastější odpovědí bylo nejmenší možný počet bodů 2. Ve skupině po AKS do 1 roku byla nejčastější odpověď 5 bodů. (Čím méně bodů respondenti měli, tím méně se bojí dělat aktivity jako před prodělání nemoci a jejich zdravotní stav jim nebrání dělat věci, které by chtěli. Čím více bodů, bylo tomu naopak)

Evidence výpůjček

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 22. 4. 2016 _____

Lucie Šírová

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]